



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

PREVALÊNCIA PONTUAL, CARACTERIZAÇÃO E IMPACTO DAS CEFALEIAS EM TRABALHADORES PORTUGUESES

XX CURSO MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Trabalho submetido por

Raquel Monteiro Miranda

NOVEMBRO DE 2020



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

PREVALÊNCIA PONTUAL, CARACTERIZAÇÃO E IMPACTO DAS CEFALEIAS EM TRABALHADORES PORTUGUESES

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Saúde Pública realizada sob a orientação científica de

Professora Doutora Ema Sacadura Leite

NOVEMBRO DE 2020

“Não disse que seria fácil, mas disse que valeria a pena”

Dom Bosco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Ema Sacadura Leite, pela amabilidade com que aceitou orientar e pela ajuda inestimável, e à minha coorientadora Doutora Raquel Gil-Gouveia por todo o apoio e pela oportunidade que me concedeu em participar neste projeto, assim como à Luz-Saúde.

Agradecer a todas as empresas participantes no estudo e respetivos colaboradores que dispensaram algum do seu tempo prestando um importante contributo a este projeto, pois sem eles o mesmo não seria possível.

À Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, ao corpo docente e aos meus colegas do XX Curso de Mestrado de Saúde Pública que contribuíram para o meu enriquecimento profissional, com uma menção individual ao Professor Doutor Paulo Sousa que sempre acreditou na minha capacidade de resiliência e apoiou ao longo do Mestrado. Também às minhas colegas e amigas Ana Brito, Catarina Luís e Rita Sequeira que sempre me encorajaram.

Ao meu atencioso namorado Afonso Pereira e à sua família Eugénia Pereira, Albano Pereira, Bernardo Pereira, Agnieszka Wegrzyn e Buddy (O São Bernardo).

E, por fim, o maior agradecimento de todos à minha incrível família que é um amor maior sem fim! Por todo o empenho, apoio e dedicação concedida Fernando Miranda, Nucha Miranda, Inês Miranda, Rodrigo Cardana, e Lu (O Felino).

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

Introdução: A enxaqueca é uma patologia muito prevalente, tendo sido em 2017 considerada a segunda maior causa mundial de anos vividos com incapacidade, sendo mesmo a primeira, se considerarmos a população com idade inferior a 50 anos. Trata-se não só de uma doença crónica, incurável, cuja evolução não é previsível, como também de um problema de saúde pública e socioeconómico.

Objetivos: Avaliar o impacto, a prevalência pontual “*Headache Yesterday*”, o tipo e a frequência de cefaleias em indivíduos profissionalmente ativos. Assim como a utilização de recursos de saúde para alívio e absentismo da doença. E, por fim, estimar o prejuízo associado a nível social e défice de atividade profissional.

Metodologia: Para implementação deste estudo observacional analítico transversal foram convidadas médias a grandes empresas com representatividade geográfica em Portugal. A intervenção consistiu na disponibilização, durante 8 dias, de um questionário pelos colaboradores da empresa, na qual a participação era voluntária e anónima.

Resultados: Foram envolvidos no estudo 3624 colaboradores de onze empresas. Os resultados obtidos indicam que 93,8% da amostra sofreu de cefaleias no último ano, sendo as mulheres quem mais sofre com 96,4% e, 52,9% supõem-se serem enxaquecas. Considerando o dia de ontem como um dia normal de trabalho com dor de cabeça (84,4%), 2,4% necessitou de se ausentar para descansar, na maioria entre 1 a 3 horas. Constatou-se que 50% dos inquiridos têm dores de cabeça entre 0 e 2 dias por mês, com impacto evidente nas atividades domésticas, familiares e laborais. Menos de 15% recorre a consultas, urgências ou realiza de exames complementares de diagnóstico.

Conclusão: As cefaleias são um problema de saúde pública ainda pouco valorizado pela comunidade laboral, e por isso é preciso atuar sobre esta doença incapacitante por forma a melhorar a qualidade de vida de quem sofre.

Palavras-Chave: Cefaleias, Enxaqueca, Saúde Pública, Qualidade de Vida, Custo da Doença.

ABSTRACT

Introduction: Migraine is a very widespread pathology. Back in 2017, it was considered the most common cause of lasting incapacity for the population under the age of 50 years old worldwide, and the second most common overall. It is a chronic, incurable disease with an unpredictable evolution, but also a problem of public health and socioeconomic.

Objectives: To assess the spread (“Headache Yesterday”), the type and the frequency of headache among professionally active individuals and how it impacts them. Moreover, the aim is to analyze the use of health resources for the relief and absenteeism of the disease. And, finally, to estimate the damage to the social life and professional activity.

Methodology: For the purpose of this Thesis, a qualitative, cross-sectional study was conducted. The employees, of Portuguese medium to large companies, were invited to participate in a voluntary and anonymous survey.

Results: A total of 3624 employees from 11 different companies participated in the study. The results obtained indicate that 93.8% of the sample suffered from headaches in the last year, with women suffering the most with 96.4%, and 52.9% are supposed to be migraines. Considering yesterday as a normal day of work with a headache (84.4%), 2.4% needed to leave to rest, mostly between 1 to 3 hours. It was found that 50% of respondents have headaches between 0 and 2 days per month, with an evident impact on domestic, family and work activities. Less than 15% resort to consultations, emergencies or perform diagnostic tests.

Conclusion: Even though, nowadays, headache is considered to be a public health problem it is still undervalued by the work community. Therefore, it is necessary to act on this disabling disease in order to improve the quality of life of those who suffer.

Key words: Headache, Migraine, Public Health, Quality of Life, Cost of Illness.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE ESQUEMAS.....	11
ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE GRÁFICOS	11
ÍNDICE DE TABELAS	11
LISTAGEM DE ABREVIATURAS.....	13
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	15
1.1. Contextualização e pertinência do tema escolhido	15
1.2. Classificação de Cefaleias.....	16
1.2.1. Tipos de Cefaleias	19
1.2.2. Exemplos de Cefaleias mais frequentes	21
.....	23
1.2.3. Sintomatologia e Terapêutica das Cefaleias.....	23
1.2.4. Medicação	24
1.3. Impacto e Consequências Sociais	28
1.3.1. Carga Global de Doença, Lesões e Fatores de Risco (GBD)	29
1.3.2. Custos Diretos e Indiretos da Enxaqueca	30
1.3.3. Absentismo e Presentismo	32
1.4. Epidemiologia.....	34
1.4.1. Estudos Internacionais sobre o impacto destas patologias.....	35
1.4.1.1. European Brain Council (EBC)	35
1.4.1.2. Eurolight.....	36
1.4.1.3. International Burden of Migraine Study (IBMS).....	38
1.4.1.4. Headwork questionnaire	39
1.4.2. Estudos Nacionais	40
1.4.2.1. Estudo Piloto: Luz Saúde.....	40
1.5. O surgimento do projeto <i>Headache Yesterday at Work, in Portugal</i>.....	41
CAPÍTULO II – OBJETIVOS	43
2.1. Objetivos Principais do estudo.....	43

2.2. Objetivos Secundários do estudo	43
CAPÍTULO III – MATERIAIS E MÉTODOS.....	45
3.1. Desenho do estudo.....	45
3.2. População e amostra.....	45
3.2.1. Local de estudo	45
3.2.2. Caracterização da amostra.....	45
3.3. Critérios de elegibilidade	46
3.3.1. Critérios de inclusão.....	46
3.3.2. Critérios de exclusão.....	47
3.4. Implementação do estudo	47
3.5. Ferramentas utilizadas no estudo e caracterização da intervenção	48
3.5.1. Questionário Original	49
3.5.2. Questionário atual aplicado às empresas	50
3.6. Momento de Avaliação.....	54
3.7. Análise estatística.....	55
3.8. Ética e confidencialidade de dados	55
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	57
4.1. Principais Resultados	57
4.1.1. Evolução do Estudo	57
4.1.2. Taxa de Resposta ao Questionário pelos trabalhadores das empresas.....	62
4.1.3. Dados fornecidos pelas Empresas.....	63
4.1.4. Dados recolhidos da análise dos questionários.....	64
CAPÍTULO V - DISCUSSÃO	77
5.1. Principais dificuldades à implementação do estudo	83
CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO	85
CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
CAPÍTULO VIII – ANEXOS	95

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1 - Classificação de Enxaquecas segundo a ICHD-3 2018.....	22
Esquema 2 - Classificação de Cefaleias tipo tensão segundo a ICHD-3 2018	23
Esquema 3 - Resumo da Avaliação dos Custos Sociais das Cefaleias (35, 36)	32
Esquema 4 - Metodologia identificada por fluxograma	48
Esquema 5 - Resumo da Evolução do Estudo.....	60
Esquema 6 - Onze empresas incluídas no estudo.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Questões Demográfica do Questionário <i>Headache Yesterday</i> (Versão Portuguesa)	51
Figura 2 - Questões ID-MIGRAINE do Questionário <i>Headache Yesterday</i> (Versão Portuguesa)	52
Figura 3 - Questões Headache Impact Test-6 (HIT-6) do Questionário <i>Headache Yesterday</i> (Versão Portuguesa).....	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Controlo das dores de cabeça.....	71
Gráfico 2 - Qual o impacto da dor de cabeça em acontecimentos do dia-a-dia	72
Gráfico 3 - No último ano recorreu a serviços de saúde.....	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de Cefaleias por Comissão Ad Hoc do NINDB (1962).....	17
Tabela 2 – Classificação de Cefaleias por Internacional Headache Society.....	18
Tabela 3 - 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) 2018....	19
Tabela 4 – Fármacos para Tratamento e Prevenção de Cefaleias. Adaptado do Centro de Informação do Medicamento (24).....	27
Tabela 5 - Critérios de Inclusão para Empresas e Indivíduos.....	46

Tabela 6 - Critérios de Exclusão para Empresas e Indivíduos	47
Tabela 7 - Resumo de todas as empresas convidadas a participar no estudo	58
Tabela 8 - Taxa de Resposta ao Questionário	62
Tabela 9 - Dados fornecidos pelas Empresas	63
Tabela 10 – Género	64
Tabela 11 – Idade	64
Tabela 12 - Teve dor de cabeça.....	65
Tabela 13 - Já teve dor de cabeça vs. Último ano teve dor de cabeça	65
Tabela 14 - Género vs. Último ano teve dor de cabeça	66
Tabela 15 - A pandemia influenciou as dores de cabeça.....	67
Tabela 16 - Trabalho vs. Teve dor de cabeça	67
Tabela 17 - No último ano teve dor de cabeça com sintomas	68
Tabela 18 - Teste ID-Migraine.....	68
Tabela 19 - Dias seguidos/intervalados com dor de cabeça.....	69
Tabela 20 - Intensidade da dor de cabeça.....	69
Tabela 21 - Medicação para Controlo da Dor de Cabeça enunciada pelos inquiridos. Fonte consultada: Infomed (80)	70
Tabela 22 - Duração das dores de cabeça	71
Tabela 23 - Teste HIT-6.....	72
Tabela 24 - Quanto conseguiu fazer do planeado se não tivesse tido dor de cabeça?	73
Tabela 25 - O que conseguiu fazer do planeado vs. que atividades foram prejudicadas	73
Tabela 26 - Considera ser possível compensar as atividades perdidas?.....	74
Tabela 27 - Que atividades foram compensadas?	74
Tabela 28 - Faltou ao trabalho devido a dor de cabeça?	74

LISTAGEM DE ABREVIATURAS

AAS - Ácido Acetilsalicílico

AINE - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

CGRP – Calcitonin Gene-Related Peptide

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTD - Custo Total da Doença

DALY - *Disability Adjusted Life Years*

EBC - *European Brain Council*

ENSP-UNL - Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa

EUA - Estados Unidos da América

GBD - *Global Burden of Disease*

HADS - *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HALT - *Highly Accelerated Life Test*

HARDSHIP - *Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation*

HIT-6 - *Headache Impact Test-6*

IBMS - *International Burden of Migraine Study*

ICHD-3 - 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias 2018

IHS - *International Headache Society*

MIDAS - *Migraine Disability Assessment Test*

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MLGTS – Morais Leitão, Galvão Teles, Soares da Silva & Associados

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NINDB - *Nacional Institute of Neurological Diseases and Blindness*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PPP - Paridade de Poder de Compra

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

SLB – Sport Lisboa e Benfica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TAC - Tomografia Axial Computorizada

UE - União Europeia

YLD - *Years Lost due to Disability*

YLL - *Years of Life Lost*

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização e pertinência do tema escolhido

A enxaqueca é uma patologia extremamente frequente nos dias de hoje, tendo sido considerada a segunda maior causa mundial de anos vividos com incapacidade em 2017 (1) e a primeira em pessoas com idade inferior a 50 anos (2).

É importante perceber que, para além de se tratar de uma doença crónica, incurável e um problema de saúde pública é também um problema socioeconómico. Esta tem um impacto considerável na perda de produtividade, na vida social e familiar dos doentes e, por isso, foi considerada a principal causa de incapacidade neurológica.

Sendo a dor de cabeça ou cefaleia um distúrbio muito comum na população, as percentagens de população adulta com este distúrbio ativo apontaram para (3):

- 46% para Dor de cabeça em geral;
- 42% para Dor de cabeça do tipo tensão;
- 11% para Enxaqueca em geral;
- 3% para Dor de cabeça crónica diária.

A prevalência de enxaqueca é maior em população ativa com idades compreendidas entre 25 e 55 anos, e cerca de três vezes mais frequente em mulheres do que em homens (4).

Na classificação de doenças causadoras de morbilidade publicado no Retrato da Saúde em 2018 pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) (5), podemos observar que as enxaquecas se encontram entre as cinco condições mais incapacitantes para o sexo feminino e masculino, e a segunda mais incapacitante para o sexo feminino (6), por isso se enquadram como um problema de saúde pública.

A literatura médica tentou avaliar os efeitos nos indivíduos, examinando a prevalência, distribuição, frequência, duração de uma crise e incapacidade associada à dor de cabeça, bem como seus efeitos na sociedade, observando a carga socioeconómica dos transtornos da dor de cabeça (7,8).

A maioria das pessoas que sofre das mesmas tenta controlá-las sem orientação médica convencional, mas em regime de automedicação consumindo medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) aleatoriamente. Este tipo de comportamentos dificulta o tipo de intervenção dos profissionais de saúde que pode conduzir à cronicidade da doença, por adquirir hipersensibilidade e resistência a fármacos e que, por sua vez, se traduz em aumento de custos (9).

Estudos objetivos relativamente ao impacto e ao custo das cefaleias são complicados de encontrar, uma vez que idealmente surgem estudos prospetivos, aplicando uma abordagem fundamentada na incidência, que idealmente deveriam ser estudos populacionais, mas estes são muito exigentes e dispendiosos. Em alternativa, pode-se ponderar a utilização de estudos transversais que analisam o aspeto mais relevante do custo indireto atribuído à cefaleia – a perda de produtividade – estimado em 70 a 80% do custo total associado às cefaleias (10,11).

Esta é uma doença ainda muito desvalorizada pela sociedade e, sobre a qual os doentes se sentem bastante incompreendidos. Não existe uma consciência plena da incapacidade desta doença na vida das pessoas e do impacto social e económico da mesma. As pessoas que sofrem deste problema chegam a sentir que lhes é retirada metade da vida, o equivalente ao tempo que passam com enxaqueca, vivendo constantemente na expectativa de conseguirem recuperar o tempo perdido numa crise. Trata-se de um grave problema de Saúde Pública que já começa a captar a atenção de alguns investigadores. Assim, considerou-se ser pertinente aprofundar este tema através da realização desta dissertação, com expectativa de poder contribuir para a caracterização da prevalência das cefaleias e do seu impacto na população trabalhadora portuguesa.

1.2. Classificação de Cefaleias

Dentro dos muitos significados já atribuídos ao termo cefaleia ou dor de cabeça, desde “toda a dor da extremidade cefálica, localizada ou difusa” (12) ou “dor localizada no crânio” (13) ou mesmo “dor localizada na face” (14,15), nenhuma era suficientemente completa para definir este termo.

Em 1962 a *Ad Hoc Committee on Classification of Headache*, nomeada pelo *Nacional Institute of Neurological Diseases and Blindness* (NINDB), publicou uma definição de cefaleia como sendo a “sensação de desconforto, dolorosa ou não, de toda a cabeça” (13). Embora simples, esta definição abrangia muitas das patologias referentes a cefaleias, e veio mesmo a ser adotada pela Federação Mundial de Neurologia (16).

São inúmeras as situações clínicas em que a cefaleia constitui um dos principais sintomas, abrangendo muitas das especialidades médicas.

Ainda em 1962 a *Ad Hoc Committee on Classification of Headache* elaborou uma classificação global de cefaleias, tal como se pode verificar na Tabela 1, que tendo sido alvo de críticas teve uma enorme adesão. Essencialmente constituía uma base de uniformização internacional para neurologistas.

1. Cefaleias vasculares do tipo enxaqueca	Enxaqueca clássica, comum, complicada, cefaleia histamínica (Horton) e dor do andar inferior da face
2. Cefaleias de tensão muscular	Por contração muscular sustentada
3. Cefaleias combinadas	Associação de enxaqueca com cefaleia de tensão
4. Cefaleias por reação vasomotora nasal	Rinite vasomotora
5. Cefaleias de causa psicogénica	De conversão e hipocôndrial
6. Cefaleias vasculares (excluindo a enxaqueca)	Infeções sistémicas, doenças metabólicas, tóxicas, hipertensão arterial, entre outras
7. Cefaleias de tração	Hipo e hipertensão intracraniana de qualquer causa
8. Cefaleias por inflamação craniana	Arterites intra ou extracranianas
9. Cefaleias por doença oftalmológica	Glaucoma, estrabismo, trauma, tumor ou inflamação ocular
10. Cefaleias por doença otológica	Trauma, tumor ou inflamação do ouvido
11. Cefaleias por doença rinológica	Trauma, tumor ou inflamação das estruturas nasais ou sinusais
12. Cefaleias por doença dentárias	Trauma, tumor ou inflamação de estruturas dentárias
13. Cefaleias por alteração da coluna vertebral e craniana	Trauma, tumor ou inflamação de estruturas do crânio e/ou da coluna cervical
14. Cefaleias por nevrites cranianas	Trauma, tumor ou inflamação dos nervos cranianos
15. Cefaleias por nevralgias cranianas	Nevralgias essenciais do trigémeo e glossofaríngeo

Tabela 1 - Classificação de Cefaleias por Comissão Ad Hoc do NINDB (1962)

Nesta classificação, os grupos de um a cinco compreendem os tipos de cefaleias mais frequentes, tais como a enxaqueca e as cefaleias de tensão idealmente designadas de primárias ou idiopáticas.

Nos grupos seguintes, de seis a catorze, estão compreendidas as cefaleias relacionadas com lesões estruturais e, por isso designadas de orgânicas ou sintomáticas, assim como no grupo quinze que compreende cefaleias por nevralgias cranianas.

Ao longo de duas décadas, esta classificação foi um precioso instrumento de trabalho para os especialistas, contudo a medicina evoluía e em 1988 um grupo de especialistas internacionais obteve consenso tendo sido formalmente criada a Classificação Internacional de Cefaleias, pela *International Headache Society* (IHS).

1. Enxaqueca
2. Cefaleias tipo tensão
3. Cefaleias em salva e hemicrania paroxística crónica
4. Cefaleias variadas não associadas a lesões estruturais
5. Cefaleias associadas a traumatismos cranianos
6. Cefaleias associadas a perturbações vasculares
7. Cefaleias associadas a perturbações intracranianas não vasculares
8. Cefaleias associadas ao uso ou privações de substâncias
9. Cefaleias associadas a infeção não cefálica
10. Cefaleias associadas a perturbações metabólicas
11. Cefaleias ou dores faciais associadas a perturbações do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, dentes, boca ou outras estruturas do crânio ou face
12. Nevralgias cranianas, dor de tronco nervosa e dor de desaferenciação
13. Cefaleias não classificáveis

Tabela 2 – Classificação de Cefaleias por Internacional Headache Society

Com a evolução da informação, publicação de novos estudos e criação de novas evidências é necessário haver uma revisão sistemática das classificações pelas quais profissionais de saúde, investigadores e sociedade se regem. A versão mais atual é a 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) de 2018 (Tabela 3) (17,18).

Cefaleias Primárias
1. Enxaqueca
2. Cefaleia tipo tensão
3. Cefaleias trigémio automáticas
4. Outras cefaleias primárias
Cefaleias Secundárias
5. Cefaleia atribuída a lesão ou traumatismo cranioencefálico e/ou cervical
6. Cefaleia atribuída a doença vascular cerebral ou cervical
7. Cefaleia atribuída a patologia intracraniana não vascular
8. Cefaleia atribuída a uma substância ou à sua privação
9. Cefaleia atribuída a infeção
10. Cefaleia atribuída a perturbação da homeostasia
11. Cefaleia ou dor facial atribuída a patologia do crânio, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, seios peri- nasais, dentes, boca ou outra estrutura facial ou cervical
12. Cefaleia atribuída a doença psiquiátrica
Nevralgias
13. Lesões dolorosas dos nervos cranianos e outras dores faciais
14. Outras cefaleias

Tabela 3 - 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) 2018

Esta classificação manteve a estrutura tripartida – cefaleias primárias, secundárias e nevralgias – e teve como objetivo ser suficientemente clara e fácil de usar de forma a que pudesse ser aplicada na prática clínica, assim como na investigação. Desde a sua primeira versão contribuiu para a evolução do conhecimento científico nas cefaleias, tendo já sido revista em duas ocasiões.

1.2.1. Tipos de Cefaleias

Cefaleias Primárias ou Idiopáticas

Este tipo de cefaleias é o mais comum e caracteriza-se por dores de cabeça persistentes sem qualquer alteração da estrutura cerebral ou craniana. Na maioria dos

casos não é necessário realizar qualquer tipo de exame complementar para diagnosticar as cefaleias.

Os exemplos de dor de cabeça mais frequentes e relevantes são:

- Enxaqueca;
- Cefaleia tipo tensão.

Cefaleias Secundárias ou Sintomáticas

Este tipo de cefaleias surgem devido a problemas de saúde ou lesões tais como:

- Traumatismos Cranianos;
- Infecções Cerebrais;
- Hipoglicemia;
- Problemas dos olhos, ouvidos, nariz e boca;
- Pescoço.

Neste tipo de cefaleias é necessária a realização de exames físicos e exames complementares por forma a ser possível determinar o tipo de cefaleias e respetivas causas, para um tratamento adequado.

Nevralgias

Este tipo de dores de cabeça ocorrem quando os nervos cranianos sofrem alterações. A principal nevralgia é a nevralgia do trigémio que pode ser secundária quando deriva de uma inflamação ou infeção, ou primária.

Este tipo de dor é caracterizada por ser abrupta, aguda e intensa, como um choque elétrico ou guinada.

Qualquer um deste tipo de cefaleias pode ser classificado em cefaleias episódicas ou crónicas, consoante as crises ocorram menos ou mais de quinze dias por mês, respetivamente. Ou seja, entende-se por cefaleias crónicas quando a pessoa passa mais dias com dor do que sem dor, por mês.

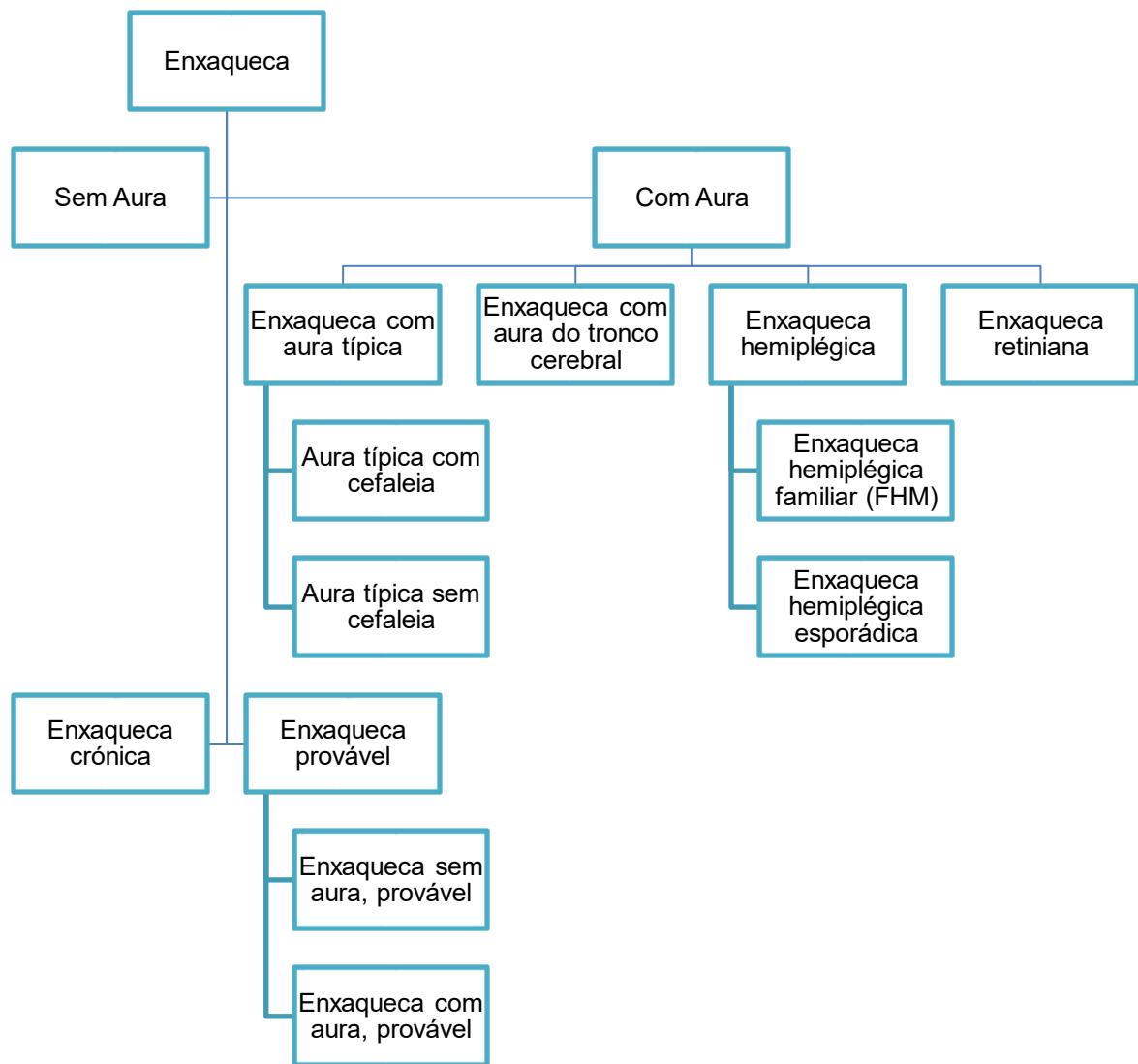
1.2.2. Exemplos de Cefaleias mais frequentes

Enxaqueca é uma designação portuguesa, semelhante ao espanhol *jaqueca* pois deriva do árabe; o termo mais internacional, *migraine*, deriva do latim mas mantém o mesmo significado, “metade da cabeça”. Embora presente nos primeiros registos escritos que se conhecem sobre doenças, como é o caso do Papiro Ebers datado do Antigo Egipto, foi em 1955 que *Vahlquist* definiu enxaqueca como sendo uma cefaleia paroxística na qual constavam sempre dois dos seguintes sintomas:

1. Dor unilateral;
2. Náuseas;
3. Perda total ou parcial da acuidade visual;
4. Hereditariedade.

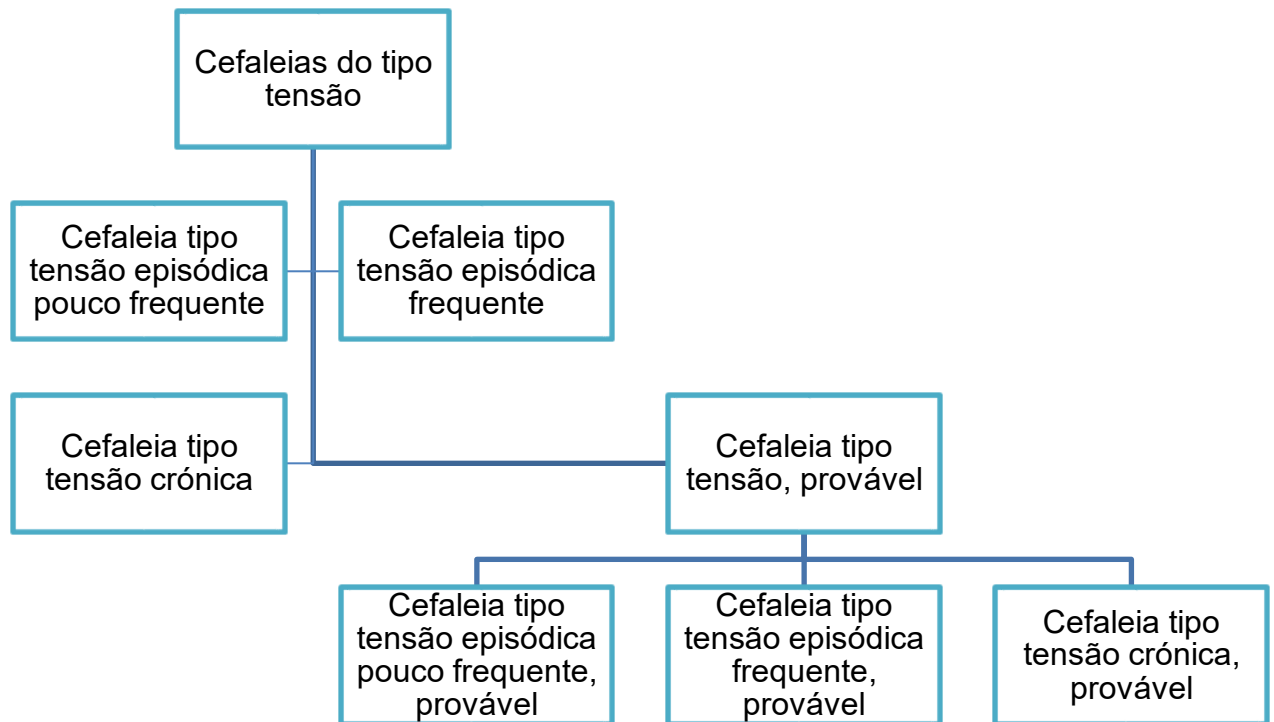
Em 1969, o Grupo de Investigação da Enxaqueca e Cefaleia da Federação Mundial de Neurologia definiu enxaqueca como uma “afeção familiar caracterizada por acessos recorrentes de cefaleias, geralmente unilaterais, de frequência, intensidade e duração muito variáveis, frequentemente associados a anorexia, náuseas, vómitos e eventualmente precedidos ou acompanhados de perturbações de humor e sinais neurológicos focais”. Contudo esta definição suscitava muitas dúvidas uma vez que continha expressões vagas, tais como “geralmente”, “frequentemente”, “eventualmente” (19).

Desta forma, na sua classificação, a 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) (18) optou por uma descrição genérica para cada tipo de cefaleia, sendo que a classificação de enxaqueca está sucinta no Esquema 1.



Esquema 1 - Classificação de Enxaquecas segundo a ICHD-3 2018

A 3ª Edição da Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3) 2018 (17,18) desenvolveu também uma Classificação para as Cefaleias tipo tensão representada no Esquema 2.



Esquema 2 - Classificação de Cefaleias tipo tensão segundo a ICHD-3 2018

As cefaleias do tipo tensão são caracterizadas como “episódios recorrentes de cefaleias com duração de minutos a dias”. A dor é geralmente em ambos os lados da cabeça, sentida como uma pressão, peso ou aperto, a sua intensidade é ligeira a moderada e, normalmente não se agrava nem impede as atividades diárias. Pode ser acompanhada de alguma náusea e sensibilidade ao som ou à luz, mas ligeiras (20). Do mesmo modo, pode ser episódica ou crónica, se estiver presente pelo menos quinze dias por mês, em seis meses do ano.

1.2.3. Sintomatologia e Terapêutica das Cefaleias

Para que seja possível ajudar um paciente é importante perceber o que provoca as dores de cabeça.

Relativamente às cefaleias primárias, as crises são provocadas pelo próprio cérebro, na maioria das vezes de forma espontânea e cíclica. No entanto, alguns fatores externos podem facilitar a ocorrência de uma crise em determinado momento,

tais como a menstruação, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e/ou café, alterações dos hábitos de sono, stress, longos períodos de tempo sem comer e posturas erradas. O tratamento passa pela identificação do tipo de dor, evitar os desencadeantes habituais e aplicar a terapêutica com resultados mais eficazes (21,22).

Por vezes, dada a frequência das crises e, para melhorar a qualidade de vida destes doentes, deve ser realizada terapêutica profilática, que visa a reduzir a frequência, intensidade e duração das crises. A realização de um diário das crises também é muito importante porque permite ter a perceção dos desencadeantes e da eficácia das medidas terapêuticas.

Já as cefaleias secundárias surgem de outros problemas de saúde relacionados com o sistema nervoso e/ou estruturas da cabeça e pescoço ou mesmo do resto do corpo, tais como: Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão, Sinusite, Desidratação e Infecções. O tratamento passa por identificar a causa da dor e incidir sobre ela.

1.2.4. Medicação

O tratamento das cefaleias tem como intuito eliminar ou reduzir a intensidade da dor de cabeça e aliviar os sintomas associados. No caso da enxaqueca, o tratamento divide-se em tratamento de crise e preventivo (23).

A Tabela 4 resume os fármacos e dosagens permitidas para o tratamento de crises ativas e para a prevenção de crises (24–27).

Para o tratamento de crises, ou seja, para controlar a dor rapidamente quando esta surge, temos três grupos de fármacos:

- Inespecíficos: Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE) e Analgésicos (Orais);
- Específicos: Triptanos e Ergotamínicos;
- Adjuvantes: Antieméticos.

Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINE) e Analgésicos (Orais) são considerados os fármacos de primeira linha para crises leves a moderadas, tais como

Ácido Acetilsalicílico (AAS), Diclofenac sódico, Ibuprofeno, Naproxeno, Paracetamol, entre outros.

Triptanos são fármacos que atuam em crises moderadas a graves, conhecidos por inibirem a libertação de péptidos vasoativos e propiciam a vasoconstrição, bloqueando as vias da dor no canal cerebral. Almotriptano, Eletriptano, Rizatriptano, Sumatriptano e Zolmitriptano são fármacos que atuam de forma mais rápida, demorando cerca de 30 a 60 minutos a fazer efeito. Já o Frovatriptano e o Naratriptano são fármacos de ação mais lenta. A administração nasal também tem as suas vantagens na rapidez de ação, mas que depende do nível de absorção gastrointestinal de cada paciente. Os triptanos tem uma melhor eficiência quando administrados no início da crise de enxaqueca. Nenhum tratamento agudo para controle da enxaqueca deve ser administrado mais do que duas vezes por semana, por forma a evitar o desenvolvimento de outro tipo de cefaleias, por uso excessivo de medicação.

Por último, dos fármacos para tratamento de crises, temos os antieméticos que atuam sobretudo controlando as náuseas e vômitos, sendo muito frequente utilizados em serviços de urgência por via parentérica, sendo o exemplo mais frequente a Metoclopramida.

Para o tratamento preventivo, ou seja, fármacos que são administrados cronicamente com o objetivo de reduzir a frequência, intensidade e duração das crises temos seis grupos de fármacos de primeira linha:

- Bloqueadores Beta;
- Antiepiléticos ou Anticonvulsivantes;
- Antidepressivos tricíclicos;
- Antagonistas dos canais de cálcio;
- Toxina Botulínica A;
- Inibidores de via do CGRP (*Calcitonin Gene-Related Peptide*) da proteína ou do seu recetor.

Deve ser considerado quando o paciente tem uma significativa diminuição da qualidade de vida. Este é considerado de sucesso quando é possível reduzir as crises em 50%.

Os Bloqueadores Beta são fármacos de primeira linha utilizados na prevenção e, frequentemente utilizado o Propranolol, que podemos privilegiar em doentes com enxaqueca e hipertensão, não fumadores e com idade inferior a 60 anos.

Dos Antiepiléticos e Anticonvulsivantes, existe uma grande eficácia por parte do Topiramato, especialmente útil em doentes com enxaqueca e sobrepeso ou epilepsia. Já o Ácido Valproico pode ser utilizado em doentes com enxaqueca e transtornos bipolar.

Dos fármacos preventivos, temos os antidepressivos que podem, além da enxaqueca, melhorar a ansiedade e insónia.

Os Antagonistas de Cálcio interferem na inflamação neurovascular através da inibição das enzimas cálcio-dependentes utilizadas na síntese de prostaglandinas e da inibição da contração da musculatura lisa da parede vascular. É utilizado com grande eficácia a Flunarizina.

A Toxina Botulínica A é apenas utilizada em doentes com enxaqueca crónica, no caso de doentes que já tenham falhado outros tratamentos, atuando ao nível dos terminais nervosos aferentes sensitivos inibindo a libertação de substâncias inflamatórias locais (28,29).

Por fim, temos os inibidores de via do CGRP (*Calcitonin Gene-Related Peptide*) da proteína ou do seu recetor, ou anticorpos monoclonais anti-CGRP, que se administram de mês a mês, na forma de injeção subcutânea, em doentes com pelo menos 4 dias de enxaqueca por mês, sendo que o Erenumab se liga ao recetor CGRP e o Fremanezumab e Galcanezumab se liga à proteína CGRP (30).

Associada a esta terapêutica podem ser aplicadas técnicas não farmacológicas, estabelecimento de rotinas como o horário das refeições, prática de exercício físico e horários de descanso, também técnicas de relaxamento, terapias cognitivo-comportamentais e técnicas de retrocontrolo e, até mesmo Acupuntura.

Fármacos	Dose (mg)	Dose Máxima (mg/dia)
NO TRATAMENTO		
ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES (AINE) / ANALGÉSICOS (ORAIS)		
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	500-1000	4000
Dexcetoprofeno	25-50	75
Diclofenac	50-100	200
Ibuprofeno	400-600	2400
Naproxeno	500-1000	1500
Paracetamol	500-1000	4000
TRIPTANOS		
Almotriptano	12,5	25
Eletriptano	40-80	80
Frovatriptano	2,5	5
Naratriptano	2,5	5
Rizatriptano	10	20
Sumatriptano		
Oral	50-100	300
Subcutâneo	6	12
Zolmitriptano		
Oral	2,5	10
Nasal	5	10
ANTIEMÉTICOS		
Domperidona	10	30
Metoclopramida	10	30
Oral		
Parentérica		
NA PREVENÇÃO		
BLOQUEADORES BETA		
Metoprolol	Início 25-50mg/12h	100-200
Propranolol	Início 20mg/12h Aumentando 20mg/12h cada 1-2 semanas Até 80-160mg/dia	240
ANTIEPILÉPTICOS / ANTICONVULSIVANTES		
Ácido Valproico	500-1500	
Topiramato	Inicial 15-25 mg/dia Aumentando 15-25 mg/dia por semana	100 mg/dia 100 mg/duas vezes ao dia
ANTIDEPRESSIVOS		
Amitriptilina	Início 10 mg ao deitar Aumentando 10 mg cada 1-2 semanas	25-150 mg/dia
ANTAGONISTAS DOS CANAIS DE CÁLCIO		
Flunarizina	18 aos 64 anos: 10mg/dia 65 anos ou mais: 5mg/dia	
Toxina Botulínica A (SUBCUTÂNEO)		
	Apenas administrado por médicos que decidem a dose e frequência	
INIBIDORES DE VIA DO CGRP (SUBCUTÂNEO)		
Erenumab	70 ou 140mg/mês	
Fremanezumab	225mg/mês	
Galcanezumab	Início 240mg e depois 120mg/mês	

Tabela 4 – Fármacos para Tratamento e Prevenção de Cefaleias. Adaptado do Centro de Informação do Medicamento (24,26,27)

1.3. Impacto e Consequências Sociais

É do conhecimento geral que todas as situações que envolvam dor crónica para o indivíduo representam uma grande carga, como é o caso das cefaleias, e que depois é refletida em custos diretos e indiretos para a sociedade. A avaliação dos custos associados a doenças crónicas geralmente assenta nos custos associados aos cuidados médicos, porque à partida este tipo de doenças tem impacto em idades avançadas em que o restabelecimento e os tratamentos são avultados (22).

Por outro lado, as cefaleias afetam os indivíduos em idade jovem e, sendo crónicas, continuam a afetar durante a idade adulta, o que significa que a maioria destes indivíduos sofrem o seu impacto durante os anos mais produtivos da vida (31).

As cefaleias mais frequentes, a enxaqueca e a cefaleia do tipo tensão, são acompanhadas de sintomatologia de enxaqueca ou cefaleia do tipo tensão, são recorrentes e podem ser muito frequentes e, embora não tenham consequências vitais para o ser humano, alteram o seu bom funcionamento assim como o bem-estar, refletindo-se no rendimento escolar, sucesso profissional, produtividade e relações sociais.

De facto, o impacto das cefaleias varia de acordo com a intensidade de cada crise, com o acesso à medicação precocemente, com o tipo de atividade laboral e o ambiente em esse mesmo trabalho decorre.

Os custos totais da doença são geralmente refletidos por custos médicos, profissionais e sociais, e são mais abundantes quando associados a cefaleias primárias, como é o caso das enxaquecas e cefaleias tipo tensão. A incapacidade e a severidade também se encontram intrinsecamente associadas, contudo na maior parte dos casos, os indivíduos que sofrem de cefaleias não chegam a abandonar o local de trabalho durante uma crise e por isso a perda de produtividade é posteriormente compensada pelo próprio em horários subsequentes ou por outro colaborador.

Em graus mais avançados de cefaleias as consequências associadas podem levar ao desemprego e ao aumento do risco de doenças mentais como a depressão (32,33).

1.3.1. Carga Global de Doença, Lesões e Fatores de Risco (GBD)

Estudos relacionados com a Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (GBD) pretendem auferir uma medição complementar de saúde, às tradicionais estatísticas como a mortalidade, na obtenção de métodos que quantifiquem os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) que se traduzem pela soma dos anos de vida perdidos (YLLs), até à mortalidade prematura, e dos anos de vida vividos com incapacidade (YLDs).

Uma vez que para as dores de cabeça não se estimam mortes pelo distúrbio do mesmo como causa subjacente, então os anos ajustados por incapacidade (DALYs) para dores de cabeça correspondem a anos vividos com incapacidade (YLDs).

Existem diversos distúrbios de dor de cabeça. Assim, para calcular os anos vividos com incapacidade (YLDs) em cada padrão recorre-se à prevalência e ao tempo médio de duração de uma dor de cabeça (34). Este método permite comparações ao longo do tempo entre condições, culturas e países.

A enxaqueca e outros tipos de dor de cabeça estão entre os distúrbios mais prevalentes no mundo (3). Contudo, o seu reconhecimento para a Saúde Pública apenas inicia em 2000 quando as cefaleias são incluídas nos estudos GBD. Começou por ser estudada a enxaqueca, classificada como a 19^o causa de incapacidade, e posteriormente incluiu-se nos estudos em 2010 a dor de cabeça do tipo tensional e, em 2013 a dor de cabeça por uso excessivo de medicamentos.

Este reconhecimento tardio, em parte, deveu-se ao facto de a dor de cabeça não ser fatal e não resultar em incapacidade constante, dificultando a perceção de limitação das dores de cabeça para os doentes.

Em 2000, quando se iniciaram os estudos sobre a Carga Global de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (GBD) respeitantes a enxaquecas, os dados não eram muito esclarecedores. Porém, quando estes começaram a surgir de grandes países como África, China, Índia e Rússia, nomeadamente do tipo tensional e por uso excessivo de medicamentos, os mesmos foram levados em consideração produzindo estimativas de prevalência e carga da enxaqueca.

Foi a partir de 2010 que as dores de cabeça do tipo tensional e por uso excessivo de medicamentos que foram adicionadas aos estudos GBD e se começaram a fazer estimativas por país, verificando-se que os distúrbios da dor de

cabeça, incluindo da enxaqueca, são altamente prevalentes e causando grande carga.

Nos estudos GBD 2015, os distúrbios de dor de cabeça foram considerados a terceira causa de incapacidade para indivíduos abaixo dos 50 anos de idade (35).

Em 2016 foi possível apurar que a dor de cabeça do tipo tensional era então a terceira causa com maior prevalência e a enxaqueca a sexta. Contudo, no que respeita a anos vividos com incapacidade (DALYs), a enxaqueca situava-se em segundo lugar. Em resumo numérico, concluiu-se que um doente com enxaqueca sofria uma perda de saúde de 43.4% em comparação com uma pessoa saudável (34).

Comprovou-se ainda que estes distúrbios são mais frequentes em jovens e mulheres até meia-idade.

1.3.2. Custos Diretos e Indiretos da Enxaqueca

O custo da doença é o método de avaliação económica pelo qual é possível determinar o custo causado por doenças na população. O objetivo principal é definir o valor explícito da vida humana e assim determinar o custo de perda de produtividade causada pela morte de um indivíduo. Contudo, essa abordagem tem sido utilizada para calcular os custos sociais e económicos, em termos de perda de produtividade, causados por uma doença, que somente nos casos mais graves resulta em morte do indivíduo (36).

A enxaqueca tem um impacto considerável na capacidade funcional, resultando em interrupções no trabalho e nas atividades sociais e, por isso, falamos de custos indiretos que se encontram associados à redução de produtividade e representam uma parte substancial do custo total da enxaqueca. Já os custos diretos referem-se essencialmente a todos os custos de saúde, nomeadamente a gastos com medicamentos. Concluindo que a enxaqueca tem um impacto significativo no setor laboral então prevê-se que os custos indiretos sejam superiores aos custos diretos.

A questão dos custos representa um importante problema que tem vindo a ser estudado ao longo dos anos, no qual se verifica a influência negativa da dor de cabeça para a qualidade de vida.

As perdas de produção resultantes de morbilidade refletem as reduções do tempo de trabalho que podem ser calculadas quando atribuídas a ausências.

Considera-se, portanto, a perda de produtividade como um custo indireto, que nos países da União Europeia (UE) representa um dos problemas mais importantes causados pela dor de cabeça, pois por cada crise de enxaqueca são três ou quatro dias com produtividade reduzida (37,38).

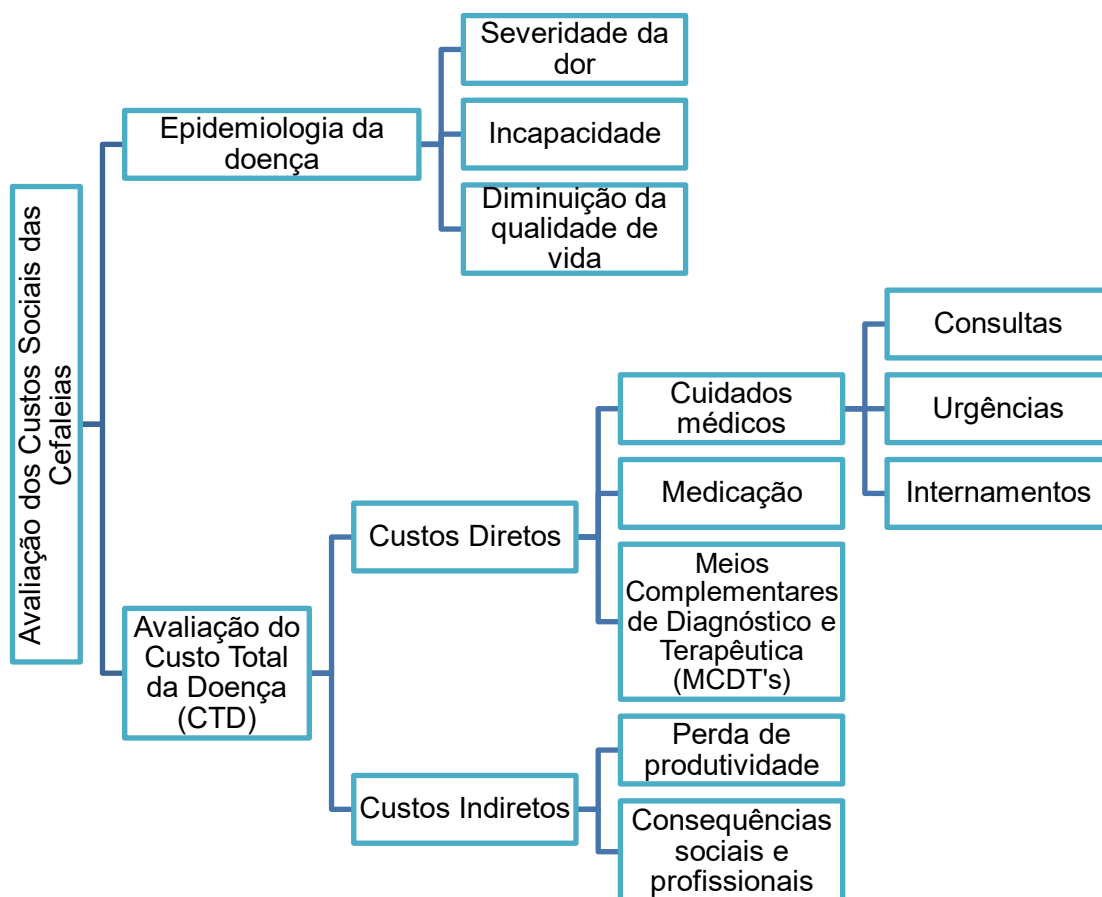
Drummond (39) apontou que as variações negativas são refletidas através do consumo de recursos e estado de saúde, por exemplo, um paciente em cuidados de saúde primários (CSP) com dor de cabeça custa pelo menos 87% mais do que um colega com a mesma idade e género sem dor de cabeça (40,41), já um paciente com enxaqueca exige custos de 1.6 vezes mais do que um paciente sem enxaqueca (42,43).

Entende-se por custos diretos, todos os custos de saúde causados por uma doença, desde o diagnóstico, tratamento e reabilitação do paciente, e por isso se considera todo o tipo de análises necessárias ao diagnóstico, todos os medicamentos e qualquer outra medida terapêutica, seja cirurgia, radioterapia, entre outros. Os recursos devem incluir os serviços prestados pelos profissionais, tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros trabalhadores de saúde, assim como ainda os custos indiretos atribuíveis à doença.

Os custos hospitalares são os mais facilmente identificáveis e que representam uma pequena parcela dos custos totais da enxaqueca (44,45).

Contudo, os custos diretos da enxaqueca são subestimados, uma vez que 19% a 44% dos indivíduos não procura acompanhamento especializado de um médico para a sua doença, utilizando medicação de venda livre e inespecífica e, portanto, não atribuível a esta patologia.

No que diz respeito ao impacto da doença ao nível socioeconómico, as estimativas de perda de produtividade fornecem importantes informações. Este impacto pode ser medido através das perdas de relações interpessoais, a não realização de tarefas diárias (custos indiretos), dos gastos com consultas, exames e medicamentos (custos diretos) associados à doença.



Esquema 3 - Resumo da Avaliação dos Custos Sociais das Cefaleias (46,47)

1.3.3. Absentismo e Presentismo

O trabalho de cada um contribui para a economia de algum modo e, por isso quando um indivíduo retira tempo da sua força de trabalho por motivos de doença, lesão, entre outros, isso representa uma perda para o próprio em forma de salário, mas também para a economia em forma de perda de produtividade (48).

A enxaqueca determina um grande peso sob a sociedade dada a redução de produtividade e custo do trabalho (49). Estudos recentes sobre o custo dos distúrbios de dor de cabeça, particularmente da enxaqueca episódica e da enxaqueca crónica, comprovam que a maior parte dos custos são indiretos (50), sob a forma de absentismo e presentismo.

Podemos referir-nos a absentismo quando queremos relatar a ausência de um colaborador durante o período normal de trabalho diário ou escola, por exemplo se um colaborador tirar uma folga para se submeter a um tratamento estamos perante uma perda de produtividade temporária – Absentismo Temporário -, se por outro lado

um colaborador pedir a reforma antecipada já estamos perante absentismo permanente. Já o presentismo consiste na presença do colaborador no local de trabalho, por vezes até mais horas do que o necessário, porém sem produtividade correspondente devido a doença, como por exemplo quando alguém retorna ao trabalho após doença ou lesão e se torna menos produtivo do que antes do diagnóstico (51).

As avaliações económicas comparam os custos e os benefícios de novos tratamentos e serviços em comparação com os atuais, fornecendo uma visão mais ampla aos profissionais de saúde no momento de decidir o mais vantajoso.

O método mais tradicional para estimar perdas de produtividade é a abordagem de capital humano, pressupondo que um individuo tem a capacidade de produzir em função do seu tempo de trabalho ao longo da vida retirando-lhe o período de doença. A ausência pode ser refletida pelo tempo de trabalho perdido e alguns estudos admitem mensurá-la através de dados administrativos, como por exemplo os registos diários ou ativação de seguros de saúde, através de relatórios diários ou semanais do trabalhador para as chefias (52).

O stress no local de trabalho tem sido estudado como uma das principais causas que prejudica o crescimento dos negócios e resultados organizacionais.

Estudos dizem-nos que o facto de as empresas ignorarem os problemas de saúde mental (53,54) dos colaboradores está intrinsecamente relacionado com a diminuição da produtividade no trabalho, e por isso custa mais às empresas ter uma pessoa a trabalhar produzindo pouco do que ter uma pessoa ausente (55,56).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o stress se trata da “epidemia da saúde dos nossos tempos”, que nos Estados Unidos da América (EUA) representa 80% dos colaboradores (51).

A maioria dos estudos não tem em consideração a comorbidade e, portanto, não refletem a existência de outras patologias como a enxaqueca, dores de cabeça, hipertensão, problemas gastrointestinais como o Síndrome do Cólon Irritável e problemas lombares.

Um artigo publicado no *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* afirma que condições de dor associadas à depressão como dores de cabeça e enxaquecas custam às organizações \$47 biliões (51).

Felizmente que hoje em dia as empresas se encontram muito mais focadas no bem-estar dos colaboradores uma vez que constataram que a saúde física e mental afeta o bom desempenho das linhas de produção.

Estudos da Deloitte nos últimos quatro anos verificaram que as organizações para se manterem permanentemente competitivas, desenvolveram programas de benefícios para os funcionários abrangendo a saúde, *fitness*, entre outras vantagens de bem-estar para melhor ajudar a combater o stress do dia-a-dia. Percebeu-se que colaboradores mais felizes, são colaboradores mais saudáveis e com mais energia o que leva à melhoria do atendimento ao cliente, níveis mais altos de inovações e improvisação e, portanto, um aumento significativo de produtividade (57).

Com os dados deste estudo pretendemos sensibilizar as empresas para as necessidades dos doentes com enxaqueca, por forma a serem tomadas medidas preventivas, no que diz respeito à compreensão e flexibilização das condições de trabalho dos colaboradores,

1.4. Epidemiologia

As cefaleias são, hoje em dia, um problema de saúde comum mas relativamente imprevisível e, essa é uma das razões pela qual a sociedade recorre pouco a acompanhamento médico (55). E por isso é tão importante realizarem-se estudos epidemiológicos de base populacional, pois é a única forma de avaliar a verdadeira dimensão desta situação clínica e respetivas implicações socioeconómicas (58,59).

Sendo a dor de cabeça de carácter episódico e com periodicidade variável, torna-se difícil a sua análise em estudos epidemiológicos. Para avaliar a incidência são necessários estudos longitudinais. Estes, contudo, são muito difíceis e dispendiosos e por isso quase inexistentes. Por forma a ultrapassar esta questão, realizam-se estudos transversais que fornecem informações de prevalência, ou seja, acrescenta novos casos (incidência) e os já existentes (prevalência), desde que num período de tempo bem definido.

Os estudos epidemiológicos de cefaleias são particularmente difíceis dada a variabilidade de manifestações e da própria frequência dos sintomas, é difícil extrair resultados baseados na memória e sensibilidade individual do paciente (60), pelo que a informação obtida é sujeita ao que se denomina um viés de memória, ou seja, o

paciente tem tendência para relatar ou os acontecimentos mais recentes ou os mais marcantes, em termos de impacto ou intensidade, não sendo desta forma fiel à realidade dos factos (61).

Outros problemas frequentes neste tipo de estudos são os erros de seleção da amostra, falta de definição das variáveis a estudar, período de estudo de tempo inadequado e, relativamente a questionários de autopreenchimento, a falta de clareza e/ou dificuldade de interpretação ou contextualização das perguntas, o que influencia os resultados (62).

As cefaleias são mais prevalentes na mulher do que no homem, nomeadamente a enxaqueca e a cefaleia do tipo tensão. Habitualmente estes factos atribuem-se ao ambiente hormonal (63). O pico de incidência ocorre na maior parte dos casos na adolescência, mas principalmente na idade adulta, sendo que a idade média ronda os 30 anos (19). Nas faixas etárias acima dos 55-60 anos de idade, a prevalência de cefaleias tende a diminuir e este fator pode ser explicado pela enorme influência hormonal na expressão da enxaqueca, o que faz com que as mulheres pós-menopáusicas melhorem, mas também devido ao tratamento eficaz das cefaleias ou à subvalorização, em face de problemas de saúde que condicionem risco de mortalidade.

1.4.1. Estudos Internacionais sobre o impacto destas patologias

1.4.1.1. *European Brain Council (EBC)*

Em 2010, o *European Brain Council* (EBC) efetuou um estudo Europeu de impacto económico no qual se estimou que as dores de cabeça tenham um custo total anual de 43 514 000 € em paridade de poder de compra (PPP), sendo que o diagnóstico mais dispendioso é a enxaqueca, responsável por 18 463 000 € (para 152,8 milhões de pacientes) (10).

Não se obtiveram dados portugueses para este estudo Europeu, tendo os mesmos sido baseados em médias e extrapolação de dados de outros países (11). Com este método, estimou-se a existência de 3 184 664 doentes com cefaleias em Portugal, representando um custo PPP de 190 € / pessoa e, portanto, um custo anual PPP de 603 000 000 €.

Neste estudo, considerou-se que as cefaleias teriam 20% de custos diretos e 80% de custos indiretos (11), representando em PPP 482 000 000 €, o que no Produto Interno Bruto (PIB) Português se traduz em 2,7%.

1.4.1.2. *Eurolight*

Em 2012 realizou-se um estudo com base no projeto *Eurolight* (64) que se trata de uma iniciativa da *EC European Agency for Health* apoiada pela *Consumers of the European Commission* cujos objetivos eram juntar organizações médicas, científicas e leigas relevantes por forma a obter dados comparáveis, confiáveis e atualizados sobre enxaqueca, cefaleia tipo tensão e dor de cabeça. Teve como finalidade aumentar a consciencialização no público em geral, em profissionais de saúde, em políticos e no governo europeu, da relevância das dores de cabeça como sendo um dos principais problemas de Saúde Pública e geradores de incapacidade, pelo que, se existir uma melhoria dos cuidados de saúde, poderemos propiciar mais qualidade de vida para aqueles que sofrem desta doença.

Foi realizado em 10 países Europeus, dos quais Alemanha, Áustria, Espanha, França, Holanda, Irlanda, Itália, Lituânia, Luxemburgo e Reino Unido a fim perceber a prevalência e impacto económico dos tipos de cefaleias mais importantes na Europa e identificar lacunas (65,66). Nestes, foram incluídos estudos populacionais de dor de cabeça e enxaqueca e foram extraídas informações sobre o país de origem, ano de publicação, características da população, estimativas de prevalência de dor de cabeça, enxaqueca, cefaleia tipo tensão e dor de cabeça crónica, género e Idade.

Relativamente ao método utilizado nos estudos epidemiológicos sobre cefaleias, quando o objetivo seria diagnosticar e estimar a prevalência então as entrevistas dariam uma maior precisão de diagnóstico, enquanto que quando o objetivo seria perceber o impacto das dores de cabeça então, com as questões certas, os questionários seriam o método mais sensível.

A análise foi realizada preferencialmente por entrevista e exame com um neurologista. Questionários ou entrevistas por telefone foram igualmente realizados sendo que em casos dúbios os entrevistados foram avaliados por um especialista presencialmente para confirmar o diagnóstico.

O questionário foi testado num estudo piloto no Reino Unido numa versão em Inglês e, após realizadas alterações, foi traduzido e testado em Alemão na Alemanha e Áustria, em Francês em França e Luxemburgo, uma versão Espanhola testada em Espanha e uma versão Italiana testada em Itália (66).

Neste estudo foi utilizado um método de determinação de prevalência das cefaleias, designado "*Headache Yesterday*" que, por sua vez, surgiu da campanha *Lifting-the-Burden* (2). Este método tem como principal intuito medir o impacto da dor de cabeça no dia de ontem e minimizar o viés de recordação. Ou seja, é claro que a lembrança do que aconteceu ao longo do dia de ontem poderá não ser livre de erros, mas a probabilidade desse erro não ser sistemático, não conclui que leve a um viés. Acredita-se que a descrição do impacto de uma dor de cabeça ao longo do dia de ontem é fiável o suficiente para ser tomada como exemplo no geral (67).

Foram ainda avaliados os custos diretos e consumo de recursos de saúde assim como o impacto das dores de cabeça no trabalho - incluíram-se os diagnósticos de enxaqueca, cefaleia tipo tensão, cefaleia por uso excessivo de medicamentos e outras dores de cabeça.

Dado que as pessoas que sofrem de dor de cabeça, e esta pode afetá-los em fases específicas da vida, foram incluídas pessoas com dores de cabeça ativas, ou seja, com queixas no último ano. A dor de cabeça geral foi relatada em 49 estudos dos quais 34 referiam as pessoas que tinha tido dor de cabeça no último ano, o que se resumia numa média de 53% adultos (68), sendo mais frequente em mulheres do que em homens.

A prevalência ao longo da vida de dor de cabeça em adultos foi de 77% e de enxaqueca foi de 14,7% (69,70).

Nos últimos anos, a cefaleia do tipo tensão tem sido tema de investigação para a Saúde Pública. Ao que parece afeta 60% da população, ultrapassando a dor de cabeça geral. Já a dor de cabeça crónica, presença com mais de quinze dias por mês, afeta 4% da população (66).

Neste estudo, a estimativa de custo anual da enxaqueca foi de 1222 € / pessoa, sendo 93% devido a custos indiretos, nos quais a redução de produtividade teve o dobro do impacto de absentismo (71).

1.4.1.3. *International Burden of Migraine Study (IBMS)*

Também em 2012, o *International Burden of Migraine Study* (IBMS) publicou dados sobre os custos totais associados à doença com o objetivo estabelecer a relação entre a frequência e as consequências das Cefaleias Episódicas e Crônicas em pacientes residentes na Alemanha, Austrália, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Itália, Reino Unido e Taiwan (71).

Realizou-se uma pesquisa observacional, transversal através da internet com pacientes do sexo feminino e masculino, com idade igual ou superior a 18 anos, com endereço de e-mail ativo, que tivessem vivido uma crise de dor de cabeça nos últimos três meses que não fossem resultantes de constipação, gripe, traumatismo craniano ou ressaca.

Recorreu-se ao questionário *Migraine Disability Assessment Test* (MIDAS) (72) para avaliar a incapacidade associada às cefaleias, sendo que seria o instrumento mais utilizado em prática clínica devido à sua confiabilidade e validade. É, portanto, um questionário autoaplicável com base em 5 perguntas que avaliam as atividades perdidas ou muito reduzidas em três vertentes: escola, trabalho, atividades familiares, domésticas, sociais ou de lazer. Existem quatro graus de incapacidade:

- Grau I – Pouca Incapacidade;
- Grau II – Incapacidade Leve;
- Grau III – Incapacidade Moderada;
- Grau IV – Incapacidade Grave.

Ao classificar as características da cefaleia, os doentes com Cefaleia Crônica mencionaram maior frequência de dores de cabeça com intensidade moderada a intensa, latejante, com sensibilidade ao som e à luz, comparativamente aos doentes com Cefaleias Episódicas.

Foi também possível verificar que os doentes com Cefaleias Crônicas usufruem do dobro das consultas em cuidados de saúde primários comparativamente aos pacientes com Cefaleias Episódicas, e 1.5 vezes mais em visitas às urgências.

Os dados demográficos relataram que a maioria dos pacientes são do sexo feminino, e que doentes com Cefaleias Crônicas tem mais tendência para apresentar obesidade, serem desempregados, pessoas mais deprimidas e ansiosas (73).

Também foi visível que pacientes com Cefaleias Crônicas tem um maior prejuízo da qualidade de vida e toda a sua envolvência familiar, social, educacional/trabalho e de lazer.

Este estudo internacional revela que as Cefaleias Crônicas são significativamente mais incapacitantes em comparação com as Cefaleias Episódicas, no sentido em que impõem maior carga para o indivíduo e para o sistema de saúde, obtendo um valor anual de 2 422,11 € / pessoa para Cefaleia Crónica e 793,22 € / pessoa para Cefaleia Episódica (74).

Foram identificadas diferenças significativas entre os países incluídos, refletindo assim que existem diferentes estratégias de gestão da enxaqueca, atribuíveis a diferenças culturais, demográficas, políticas e sociais (74).

1.4.1.4. *Headwork questionnaire*

Em 2018 foi lançado um novo questionário, o *Headwork*, que veio no seguimento de um trabalho anterior da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, com o objetivo de combater a escassez da literatura e avaliar impacto e as dificuldades mais relevantes na atividade laboral em pacientes com Cefaleias Crônicas e Episódicas (75).

Realizou-se um estudo qualitativo em pacientes profissionalmente ativos que teriam que responder a um questionário breve com dezassete perguntas que remetiam para os últimos 30 dias. Relativamente a dificuldades relacionadas ao trabalho, deveriam identificar as mais difíceis de realizar como resolução de problemas organizacionais, novas tarefas de trabalho, tarefas específicas da função, utilização contínua do computador, telefone ou interação com pessoas. Já relativamente aos fatores que contribuem para as dificuldades relacionadas ao trabalho, deveriam identificar entre ruído, luminosidade do local ou convivência com os colegas.

Este estudo revelou que indivíduos com Cefaleia Crónica sofrem mais com a intensidade e frequência de dores de cabeça, atingindo especialmente o público feminino, que se refletem em dificuldades relacionadas ao trabalho (76).

1.4.2. Estudos Nacionais

Em Portugal apenas existe um estudo de prevalência populacional, sobre cefaleias, efetuado em 1995, que identificou uma prevalência de 9,9% para a enxaqueca isolada (19), abaixo da média europeia atual, de 15% (66). Contudo, trata-se de um estudo com algumas limitações dada a data da sua realização, pois, entretanto, ocorreu uma evolução dos critérios de diagnóstico das cefaleias e por não terem sido colhidos dados de impacto das mesmas.

1.4.2.1. Estudo Piloto: Luz Saúde

Em 2018 foi realizado um estudo piloto numa empresa privada portuguesa de prestação de serviços de saúde, a Luz Saúde (77). Este estudo pretendia avaliar o impacto da enxaqueca e da dor de cabeça em Portugal, através da recolha de amostras de conveniência da população ativa portuguesa que representem a força de trabalho ativa formal em Portugal, aplicando uma metodologia mais objetiva que permitisse minimizar o viés de memória. O principal objetivo era descrever o impacto da enxaqueca e da dor de cabeça na força de trabalho portuguesa, e o secundário seria estimar grosseiramente a perda de produtividade no trabalho.

Este estudo foi adaptado do questionário do projeto *Eurolight* (69) que contou com a autorização da campanha global *Lifting-the-Burden* (2). O questionário era constituído por 39 perguntas que incluíam dados demográficos (idade, género), triagem da dor de cabeça (ao longo da vida, ano passado e últimos 30 dias), diagnóstico de dor de cabeça (recorrendo ao *ID-Migraine* (78) para classificar as dores de cabeça como enxaqueca ou cefaleias que não tem critérios de enxaqueca). Para doentes com dor de cabeça nos últimos 30 dias avaliava-se a frequência de cefaleia, uso de medicamentos e *Headache Impact Test-6* (HIT-6) (79). Para doentes com dor de cabeça no dia anterior incluía perguntas como duração, intensidade, impacto no trabalho/atividades sociais/familiares/tarefas domésticas e a capacidade de compensar as atividades perdidas, e ainda sobre o impacto na progressão de carreira, no trabalho, na vida social e familiar e recurso a cuidados de saúde (consultas e procedimentos no último ano).

Foram expostos ao questionário 6 000 colaboradores, dos quais 70% feminino e 30% masculino com uma média de idades de 32 anos, sendo 68% pertencentes à área da grande Lisboa, 23% ao Norte e 9% ao Sul e Ilha da Madeira. O questionário foi disponibilizado durante 10 dias através de um link na intranet da empresa e o número total de respostas foi 322, sendo a taxa de resposta 5,4%. Foi possível apurar que 99,7% dos inquiridos já havia tido uma dor de cabeça na vida, dos quais 95,7% havia tido dores de cabeça no último ano e, desses, 83,5% no último mês. Dos inquiridos que afirmaram ter sofrido de dor de cabeça no último mês, a prevalência pontual tem uma representação de 20,2%. Relativamente àqueles que sofrem de dor de cabeça, apurou-se que 86,2% já sofreu uma crise de enxaqueca e 13,8% já sofreu outro tipo de cefaleias.

Os fundamentos acima enunciados fazem parte do estudo atual de avaliação do impacto da enxaqueca e das cefaleias em Portugal que incluirá uma amostra de conveniência da população ativa portuguesa, recrutadas sequencialmente em empresas nacionais ou internacionais que operam uma força de trabalho formal em Portugal. No seguimento deste enquadramento surgiu o estudo atual com a finalidade de avaliar a viabilidade dos dados obtidos e validação do método utilizado, antes deste ser tornado público.

1.5. O surgimento do projeto *Headache Yesterday at Work, in Portugal*

O projeto “Headache Yesterday at Work, in Portugal” tem sede na Luz Saúde *Learning Health* e, tal como já enunciado, vem no seguimento do estudo piloto realizado em 2018 na Luz Saúde, com o objetivo de estudar o impacto das cefaleias na produtividade laboral assim como a implicação das condições de trabalho na frequência das crises de cefaleias. Este é um projeto apoiado pela Sociedade Portuguesa de Cefaleias e pela Novartis Neurociências - Enxaqueca.

O projeto pretende igualmente contribuir para a investigação em Saúde Pública e promover a formação educacional, criando a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, uma vez que a mesma aprovou o projeto como dissertação de mestrado.

Fundamentalmente pretende-se contribuir para obter dados que permitam intervir no sentido da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que trabalham e sofrem de cefaleias.

O projeto tem duas etapas: a primeira, que consta na presente dissertação de mestrado, com foco nos colaboradores de médias a grandes empresas com representação nacional em Portugal, aos quais é aplicado um questionário com o objetivo de perceber o impacto socioeconómico das cefaleias através da sua caracterização e da estimativa dos seus custos, sobretudo os indiretos, por perda de produtividade. A segunda etapa, a decorrer apenas na Câmara Municipal de Lisboa, no qual se pretende analisar e qualificar as cefaleias por categoria profissional e localização da prestação efetiva de trabalho, analisando as condições de trabalho e as suas implicações na prevalência e impacto das cefaleias.

CAPÍTULO II – OBJETIVOS

2.1. Objetivos Principais do estudo

Este projeto tem como objetivos principais:

- a.** Determinar a prevalência pontual de cefaleias numa amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos em Portugal;
- b.** Analisar o tipo e a frequência de cefaleias manifestadas pela amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos em Portugal;
- c.** Determinar a incapacidade associada às cefaleias numa amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos em Portugal.

2.2. Objetivos Secundários do estudo

Este projeto tem como objetivos secundários:

- a.** Estimar o Absentismo associado à incapacidade das cefaleias na mesma amostra;
- b.** Estipular a frequência de utilização de recursos de saúde para tratamento das cefaleias pela amostra populacional;
- c.** Avaliar a disponibilidade de colaboração das empresas em Portugal a estudos de saúde pública.

CAPÍTULO III – MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Desenho do estudo

Tratou-se de um estudo observacional, não interventivo, transversal realizado através da disponibilização um questionário online em empresas de média a grande dimensão que tivessem representação geográfica em pelo menos dois distritos do território nacional.

3.2. População e amostra

Trabalhadores voluntários que preencheram um questionário *online*, pertencentes a uma das grandes empresas participantes com sistema de intranet ou de contatos via e-mail empresarial.

3.2.1. Local de estudo

Foram convidadas a participar neste estudo médias e grandes empresas a operar a nível nacional sem limitação da área de atividade.

3.2.2. Caracterização da amostra

A amostra de empresas pode considerar-se como não probabilística por conveniência, uma vez que foram previamente selecionadas para participação no estudo e de resposta voluntária ou auto-selecionada.

No que diz respeito aos participantes, solicitava-se às empresas aderentes ao estudo que incluíssem todos os colaboradores que cumprissem os critérios de inclusão, ou seja, a participação no estudo era condicionada pela existência de uma forma de contacto eletrónico com o colaborador via institucional e, naturalmente, pela decisão livre e voluntária do colaborador em participar.

A dimensão da amostra não foi predeterminada, visto que se trata de um estudo exploratório no qual se pretendia perceber o impacto das cefaleias na população ativa a nível social e profissional, dada a inexistência de dados publicados em Portugal que

pudessem ser usados como referência. No entanto, realizou-se um cálculo aproximado do que seria uma amostra representativa da população ativa em Portugal, com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 1.63% e, por isso, estimou-se incluir pelo menos dez empresas que contivessem 200 a 300 colaboradores, tendo em conta a taxa de resposta obtida no estudo piloto.

3.3. Critérios de elegibilidade

3.3.1. Critérios de inclusão

Critérios de Inclusão	
Empresa	Indivíduo
<p>a. Empresa de média a grande dimensão (200 a 300 colaboradores), com presença em pelo menos dois distritos do território nacional, que concordassem participar no projeto;</p> <p>b. A empresa necessita de ter uma rede digital de contactos, como intranet ou e-mail empresarial, que abrangesse pelo menos 200 colaboradores;</p> <p>c. A empresa necessita de disponibilizar informações como o número total de colaboradores expostos à solicitação para participação no estudo, a respetiva média de idades e distribuição por género;</p> <p>d. Concordância do Conselho de Administração para participação da empresa no estudo.</p>	<p>e. Qualquer indivíduo adulto, que seja funcionário numa das empresas participantes do projeto, que se voluntarie a preencher o questionário online.</p>

Tabela 5 - Critérios de Inclusão para Empresas e Indivíduos

3.3.2. Critérios de exclusão

Critérios de Exclusão	
Empresa	Indivíduo
a. Todas as empresas que se recusem ou não respondam ao convite para participar no período do estudo.	b. Todos os colaboradores sem acesso aos meios de divulgação intranet e/ou e-mail institucional da empresa ou que não forneçam dados válidos para análise.

Tabela 6 - Critérios de Exclusão para Empresas e Indivíduos

3.4. Implementação do estudo

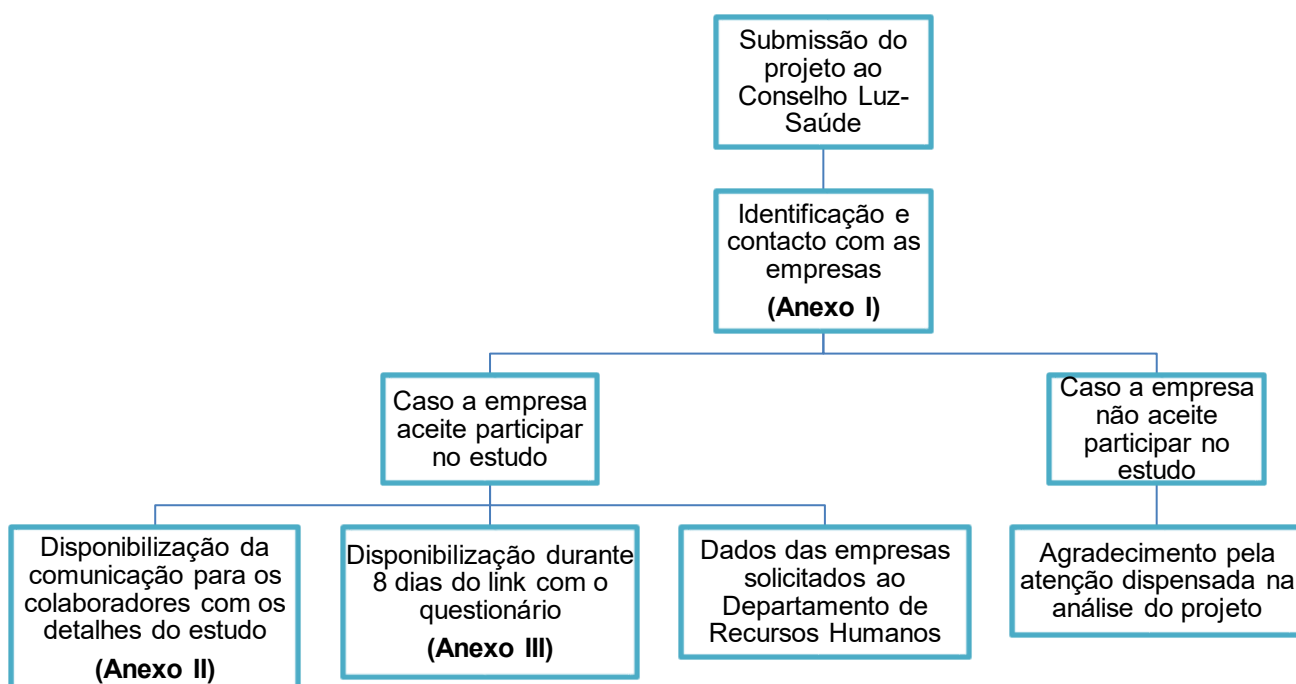
O projeto "Headache Yesterday at Work, in Portugal" foi submetido às Comissões de Investigação, de Ética e *Data Protection Officer* da Luz Saúde.

Após aprovação, iniciou-se o contacto com as empresas, via e-mail, no qual constava um breve texto de apresentação e resumo do projeto assim como um anexo com a descrição detalhada do projeto (Anexo I). Sempre que solicitado pela empresa, agendaram-se reuniões para explicação mais detalhada do projeto, objetivos, eventuais dúvidas e definição das datas em que decorreria o estudo. Os contactos foram realizados para o Departamento de Recursos Humanos, ou através de um contato pessoal que estabelecia a ligação com o Conselho de Administração, que aprovava a participação no estudo.

Posteriormente, o Departamento de Marketing em colaboração com o Departamento Informático disponibilizava a comunicação aos colaboradores, na qual constava uma explicação do estudo e solicitava sua participação anónima e voluntária (Anexo II), disponibilizando o *link* onde constava o questionário (Anexo III). Esta comunicação era efetuada no dia do início do estudo, daí decorreriam 8 dias consecutivos nos quais o *link* estava ativo e permitia a colheita de dados e, no penúltimo dia, era enviado um alerta de que faltariam 24 horas para o término do questionário.

Era solicitado ao Departamento de Recursos Humanos, que nos enviassem dados como média de idades, Distribuição por Género e Nº de Colaboradores expostos ao questionário.

O Esquema 7 explica resumidamente o processo pelo qual decorreu o estudo.



Esquema 4 - Metodologia identificada por fluxograma

3.5. Ferramentas utilizadas no estudo e caracterização da intervenção

O questionário utilizado foi adaptado do projeto *Eurolight* (69) e da campanha *Lifting-the-Burden* (2), com autorização prévia dos autores.

O *Eurolight*, por sua vez, evoluiu do *Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation (HARDSHIP)* (80), que foi desenvolvido para ser aplicado por entrevistadores treinados na realização de estudos populacionais e, do questionário *BURMIG*, desenvolvido em 2004, concebido para avaliar o peso da enxaqueca no Luxemburgo (81).

Para o contexto deste estudo, o questionário foi encurtado significativamente e adaptado ao contexto, incluindo a metodologia *Headache Yesterday* que determina a prevalência pontual, reduzindo o viés de memória.

3.5.1. Questionário Original

O questionário *Eurolight* foi desenvolvido de forma a obter informação fiável sobre a prevalência e impacto das cefaleias no contexto europeu, tendo sido validado na Alemanha, Áustria, Espanha, França, Itália, Luxemburgo e Reino Unido, e contém 103 perguntas das quais 7% de perguntas abertas, 15% de perguntas numéricas (introduzir um número) e 78% de perguntas categóricas (assinalar a resposta).

O questionário original (69) incluía:

- Dados demográficos tais como idade e género;
- Situação social tal como situação profissional, estado civil, escolaridade, renda;
- Perguntas de triagem sobre a dor de cabeça tais como a prevalência de dor de cabeça no último ano;
- Perguntas para caracterização da cefaleia crónica e o que consideraria o estímulo da dor mais incómodo;
- Questões de diagnóstico da enxaqueca e cefaleia do tipo tensão baseadas nos Critérios de Classificação Internacional de Distúrbios de Dor de Cabeça;
- Perguntas relacionadas com a idade inicial da dor de cabeça, idade e frequência da dor de cabeça durante os últimos três meses;
- Perguntas sobre a “dor de cabeça ontem” tais como duração, intensidade, impacto (*Migraine Disability Assessment Test* (MIDAS) (72)), tratamento;
- Questões de Saúde tais como a ingestão de medicamentos agudos/preventivos, consultas e intervenções diagnósticas relacionadas com a dor de cabeça;
- Questões sobre o impacto da cefaleia - *Highly Accelerated Life Test* (HALT) (82) nomeadamente na progressão do trabalho e relacionamentos familiares, atividades sociais e qualidade de vida;
- Ainda abrangia questões relacionadas com depressão e ansiedade - *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (83).

3.5.2. Questionário atual aplicado às empresas

O questionário atual aplicado às empresas (Anexo III) foi baseado no questionário *Eurolight*, tendo sido primeiro traduzido para português e depois significativamente reduzido, de forma a permitir a sua aplicação mais rápida e eficiente, em auto-administração. Foram também efetuadas algumas adaptações, de forma a melhorar a taxa de resposta, conforme descrito abaixo.

A primeira versão de 39 questões testada no estudo piloto realizado em 2018 no Grupo Luz Saúde, sofreu algumas alterações ficando com 47 questões.

O inquérito tinha como principal objetivo a caracterização da prevalência e do impacto das cefaleias, em particular das enxaquecas. Não solicitava qualquer elemento identificativo, apenas dados demográficos gerais, tais como género e idade. Nenhum dado recolhido foi fornecido à sua entidade patronal, ou utilizado no contexto laboral, tampouco utilizado em contexto de emprego ou empresa.

O questionário demorava cerca de 5 minutos a ser preenchido e esteve disponível durante 8 dias em cada empresa, contendo cinco grupos de questões:

- Grupo 1: Questões Demográficas;
- Grupo 2: Questões de Triagem;
- Grupo 3: Questões sobre o Dia de Ontem;
- Grupo 4: Questões Gerais de Impacto;
- Grupo 5: Questionário Alternativo (para os colaboradores que não tivessem presença de dor de cabeça).

O primeiro grupo referente a questões demográficas foi encurtado e simplificado, retirando informações sensíveis tais como os rendimentos e quaisquer elementos potencialmente identificativos, dado ser aplicado num contexto laboral, pela entidade empregadora. Assim apenas foram consideradas quatro perguntas neste grupo (Figura 1):

Questões Demográficas (Pág. 1)

1. Data da participação:

2. Género

1) Masculino

2) Feminino

3. Idade:

4. Empresa:

Figura 1 - Questões Demográfica do Questionário *Headache Yesterday* (Versão Portuguesa)

No segundo grupo do questionário, Questões de Triage, foram incluídas questões sobre a existência de dor de cabeça no último ano e, aplicada a versão portuguesa do questionário *ID-MIGRAINE* (78) (Figura 2). Este questionário é um questionário de rastreio, com o objetivo de facilitar o diagnóstico de enxaqueca em contexto de cuidados de saúde primários, mas não foi concebido para estabelecer um diagnóstico definitivo nem tampouco para autodiagnóstico. No entanto, no estudo de validação em Portugal (78), em autoaplicação apresentou uma sensibilidade de 0,94 e especificidade de 0,60 para um nível de confiança de 95% no diagnóstico de enxaqueca. Prevê classificar o diagnóstico em enxaqueca, quando a soma dos três sintomas é 2 ou 3, ou em outro tipo de dor de cabeça, quando a soma dos três sintomas é 0 ou 1. Optou-se pela sua introdução no questionário, uma vez que foi possível retirar várias questões destinadas à caracterização das cefaleias o que permitiu a sua redução de forma relevante.

7. (ID-MIGRAINE) Nos últimos 3 meses, manifestou-se algum dos seguintes sintomas durante as suas dores de cabeça:
- 7.1. Nauseado ou maldisposto?
- 1) Sim
 - 2) Não
- 7.2. Incómodo exagerado da luz?
- 1) Sim
 - 2) Não
- 7.3. Limitação da capacidade de trabalhar, estudar ou realizar tarefas habituais durante, pelo menos, um dia?
- 1) Sim
 - 2) Não

Figura 2 - Questões *ID-MIGRAINE* do Questionário *Headache Yesterday* (Versão Portuguesa)

Este grupo continha também um grupo de questões referentes ao último mês para averiguar se houve dor de cabeça, durante quanto tempo e se houve necessidade de recorrer a medicação, assim como a determinação da presença de aura de enxaqueca. Considerou-se ainda, dado o atual panorama sanitário, incluir questões referentes à pandemia Covid-19 por forma a perceber se teve influência na presença das cefaleias.

Neste grupo existiam ainda questões Headache Impact Test-6 (HIT-6) (79), em substituição do Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) (72) que constava no questionário original. Este teste foi desenvolvido para facilitar a descrição, comunicação e monitorização do paciente relativamente aquilo que sente e não pode fazer devido a uma dor de cabeça, medindo a dor de cabeça e o seu impacto, com o principal objetivo de perceber o impacto na função cognitiva, funcionalidade, sofrimento psicológico e vitalidade (Figura 3). A análise deste teste é feita tendo em conta os seguintes parâmetros: 6 – Nunca, 8 – Raramente, 10 – Às vezes, 11 – Frequentemente e 13 – Sempre, sendo que quando a soma é igual ou superior a 50 pontos, o doente deve procurar ajuda médica.

- 10. (HIT-6) Quando tem dor de cabeça:**
- 10.1. Com que frequência a dor se manifesta forte?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre
- 10.2. Com que frequência é limitada a sua capacidade de realizar atividades diárias habituais, tais como cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre
- 10.3. Com que frequência gostaria de se poder deitar para descansar?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre
- 10.4. Com que frequência, nos últimos 30 dias, se sentiu cansado(a) demais para realizar atividades diárias habituais (cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais)?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre
- 10.5. Com que frequência, nos últimos 30 dias, se sentiu irritado(a) por não aguentar mais a dor de cabeça?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre
- 10.6. Com que frequência, nos últimos 30 dias, não se conseguiu concentrar no seu trabalho ou atividades diárias?**
- 1) Nunca
 - 2) Raramente
 - 3) Às vezes
 - 4) Muitas vezes
 - 5) Sempre

Figura 3 - Questões Headache Impact Test-6 (HIT-6) do Questionário Headache Yesterday (Versão Portuguesa)

No terceiro grupo do questionário tentou perceber-se se o que tinha acontecido no dia de ontem, em particular, na ocorrência de cefaleias, determinando-se assim a prevalência pontual de cefaleias na amostra. O dia de ontem foi escolhido por não ter viés de memória, mas permitir, ao contrário da escolha do dia de hoje, ter um relato fiel da implicação do evento “dor de cabeça” desde o seu início até ao fim. Em caso afirmativo, quanto tempo durou, qual a sua intensidade, se para controlar a dor de cabeça foi necessária a ingestão de medicação e, por fim, que impacto teve no dia o facto de ter tido dor de cabeça.

No quarto grupo do questionário, Questões Gerais de Impacto, pretende-se perceber se o facto de sofrer de dores de cabeça afetou de certa forma o percurso académico e profissional, e a vida social, íntima e familiar e, por fim, se fez uma tentativa de avaliar os custos diretos associados às cefaleias nesta amostra, nomeadamente em relação a consultas médicas, urgências ou meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

Para aqueles que sofrem de dor de cabeça o questionário terminaria no grupo quatro.

Para aqueles que na primeira parte do questionário afirmaram não sofrer de dores de cabeça, passariam automaticamente para o quinto grupo, Questionário Alternativo, que era constituído por questões sobre o “Dia de Ontem” com o objetivo de perceber se ontem teria sido um dia normal de trabalho, se havia faltado ao trabalho, durante quando tempo e por que razão, de forma a servir de grupo de controle para o absentismo laboral. No caso de ter faltado ao trabalho devido a um problema de saúde, perceber se esse problema impactou o que seria um dia normal de trabalho e ainda, se com a pandemia Covid-19 esse problema de saúde se agravou. O questionário para aqueles que não sofrem de dores de cabeça terminaria aqui.

3.6. Momento de Avaliação

A submissão do projeto e avaliação por parte da Comissão de Investigação, Comissão de Ética e *Data Protection Officer* da Luz Saúde foi em Fevereiro de 2019, tendo sido aprovado ainda nesse mês.

De Março a Junho de 2019 foi desenvolvido o questionário na plataforma online, a partir da versão original tendo sido traduzida para português, de acordo com os objetivos a atingir.

Em Agosto de 2019 iniciou-se a identificação das empresas que enquadravam os critérios de inclusão e estabeleceram-se os contatos, que primeiramente por via e-mail e posteriormente por via telefónica. Em Outubro de 2019 tiveram início as visitas às empresas, reunir e explicar o projeto. Em Novembro de 2019 implementou-se pela primeira vez o questionário numa empresa.

Com a aproximação do final de 2019, devido à época natalícia, e início de 2020, com o começo do novo ano, o estudo sofreu um abrandamento que posteriormente se veio a prolongar devido ao início do surto de Covid-19 em Portugal, em Março 2020. De Março a Maio de 2020 o projeto esteve suspenso uma vez que o normal funcionamento das empresas foi comprometido e as empresas foram obrigadas a alterar a sua forma de trabalho, adaptando-se ao trabalho remoto devido ao período de confinamento, o que naturalmente resultou no adiamento de projetos e compromissos empresariais não prioritários.

Assim que se tornou possível retomar ao projeto decidiu-se acrescentar ao questionário um conjunto de perguntas que abordassem a atual panorâmica. Em Junho de 2020 retomou-se aos contactos com as empresas e no final desse mês recomeçou a implementação do questionário.

Concluiu-se a implementação de todos os questionários nas empresas em Setembro de 2020, que se seguiu da análise dos dados em Outubro de 2020.

3.7. Análise estatística

O tamanho da amostra a analisar considerando a população ativa portuguesa com cerca de 5 milhões de trabalhadores, para um nível de confiança de 95% estimava-se ser entre 2400 (para um erro no intervalo de confiança de 2%) a 9586 participantes (para um erro no intervalo de confiança de 1%). Os dados foram analisados com recurso ao IBM SPSS v26 e, para analisar variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central, como a média e a mediana, e as medidas de dispersão, como o desvio-padrão (DP), máximos e mínimos. As variáveis qualitativas ou categóricas, foram analisadas segundo frequências relativas e absolutas. Foi verificada a normalidade da distribuição através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* nas variáveis quantitativas e depois aplicado o teste *T-Student* para a comparação entre médias. Para as variáveis qualitativas ou categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado e o Teste de Proporção a uma amostra. Foi considerado um nível de significância de 5%.

3.8. Ética e confidencialidade de dados

Os dados recolhidos são confidenciais, não remetendo para qualquer elemento identificativo uma vez que apenas são solicitados dados demográficos inespecíficos (idade e género) e, portanto, não é possível a identificação de qualquer participante.

Os dados recolhidos foram guardados num servidor seguro na Luz Saúde, e foram tratados em grupo, sendo que a entidade patronal não teve acesso aos dados em bruto, nem os mesmos foram utilizados em contexto laboral ou em algum aspeto relacionado com a empresa.

Este estudo foi conduzido de acordo com o protocolo e cumprimento dos Princípios Éticos na Investigação Médica envolvendo seres humanos, estabelecidos na Declaração de Helsínquia, as Boas Práticas Clínicas e todos os regulamentos e leis aplicáveis.

Tanto o inquérito como o protocolo do estudo foram aprovados pela Comissão de Investigação, Comissão de Ética e *Data Protection Officer* da Luz-Saúde, cumprindo todos os requisitos éticos e legais em vigor.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

4.1. Principais Resultados

4.1.1. Evolução do Estudo

Existem cerca de 5 252 600 de pessoas empregadas em Portugal, sendo 4 364 910 por conta de outrem e 866 679 por conta própria, de acordo com o PORDATA e o Instituto Nacional de Estatística (INE) (84,85).

O presente estudo pretendia angariar uma amostra da população ativa em Portugal que labora em médias e grandes empresas. Deste modo, este estudo começou por identificar médias e grandes empresas que tivessem representação geográfica em Portugal e seleccioná-las para o convite à participação.

Foram contactadas sessenta e cinco empresas nas áreas de Bens de Consumo, Varejo e Atendimento ao Consumidor, Seguros, Bancos, Aviação, Hotelaria, Turismo e Viagens, Serviços de Saúde e Cosmética, Administração Governamental, Consultoria, Tecnologia e Serviços, Engenharia, Indústria e Eletrónica, Media e Telecomunicações, Prática Jurídica, Serviços Públicos, Desporto e, por fim, Imobiliário.

A Tabela 5 resume todas as empresas convidadas a participar no estudo através de contacto pessoal ou Departamento de Recursos Humanos, sendo a abordagem inicial por e-mail e, reforçada por contacto telefónico, presencialmente ou videochamada, se assim fosse o caso.

Bens de Consumo, Varejo e Atendimento ao Consumidor	Seguros	Bancos	Aviação	Hotelaria, Turismo e Viagens	Serviços de Saúde e Cosmética	Administração Governamental
Auchan	Ageas	Banco de Portugal	Groundforce	Agência	Alliance	Câmara
Central de Cervejas	Allianz	BBVA	TAP	Abreu	Healthcare	Municipal de Lisboa (CML)
DECO	Fidelidade	BPI		Europcar	ANF	
Delta Cafés	Lusitânia	Caixa Geral dos		Pestana	Freemácia	
Fnac	Médis	Depósitos		Vila Galé	Genéris	
Jerónimo	Tranquilidade	Novo Banco			Germano	
Martins					de Sousa	
Lactalis					Janssen	
Lidl					L'Oreal	
Nestlé					Luz Saúde	
Renova					Novartis	
Sonae						
Sumol Compal						
Super Bock						
Unilever						
Consultoria, Tecnologia e Serviços	Engenharia, Indústria e Eletrónica	Media e Telecomunicações	Prática Jurídica	Serviços Públicos	Desporto	Imobiliário
ACP	Bosch	NOS	Morais	CTT	Sport	Remax
Deloitte	Continental	SIC	Leitão,	EDP	Lisboa e	
Everis	Legrand	Media Capital	Galvão	Galp	Benfica	
KPMG	Siemens		Teles,	Gold	(SLB)	
PwC	Volkswagen		Soares da	Energy		
Teleperformance	Autoeuropa		Silva			
Trivalor	Worten		(MLGTS)			
			Abreu			
			Advogados			

Tabela 7 - Resumo de todas as empresas convidadas a participar no estudo

A seleção, contacto e inclusão das empresas no estudo teve início em Outubro de 2019 e terminou em Setembro de 2020, período mais longo que o inicialmente previsto dado que existiram dificuldades tais como:

- Identificação de empresas que enquadrassem os critérios de inclusão;
- Dificuldades no estabelecimento comunicação efetiva com as empresas;
- Após estabelecido o contato eficaz, o espaço temporal que decorria desde a exposição do projeto à implementação do mesmo;
- Ter sido uma altura que envolveu algumas festividades como é o caso da época natalícia e da transição de ano civil;
- Momento atípico que se atravessa devido ao surto de Covid-19, que veio atrasar uma série de projetos.

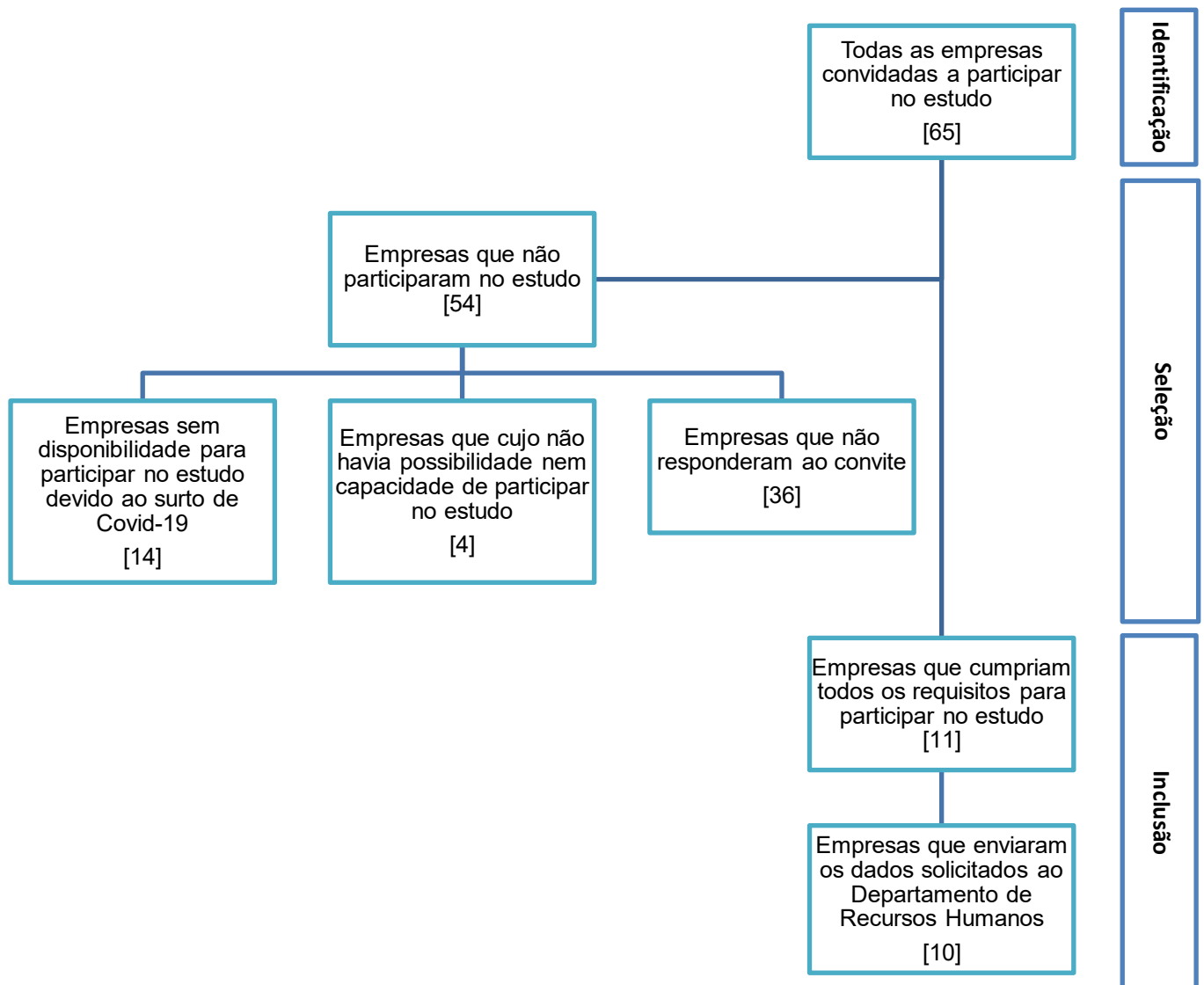
A ausência de resposta por parte de grande número de empresas teve o maior impacto, pois trinta e seis empresas não responderam ao convite apesar de várias tentativas de contacto, correspondendo a 55,38% do total.

Das empresas contactadas inicialmente, quatro foram excluídas uma vez que não tinham possibilidade nem capacidade para participar no estudo, correspondendo a 6,15% do total, e catorze, em particular, não puderam participar no estudo devido ao surto de Covid-19, representando 21,55% do total, que alterou significativamente o normal funcionamento das mesmas e do setor de atividade onde se inserem.

Ficámos assim com onze excelentes empresas que aceitaram o convite para participação no estudo, correspondendo a 16,92% do total.

Era solicitado ao Departamento de Recursos Humanos, que nos enviassem dados como média de idades, Distribuição por Género e Nº de Colaboradores expostos ao questionário. Dessa solicitação, apenas a uma empresa não foi possível enviar os dados.

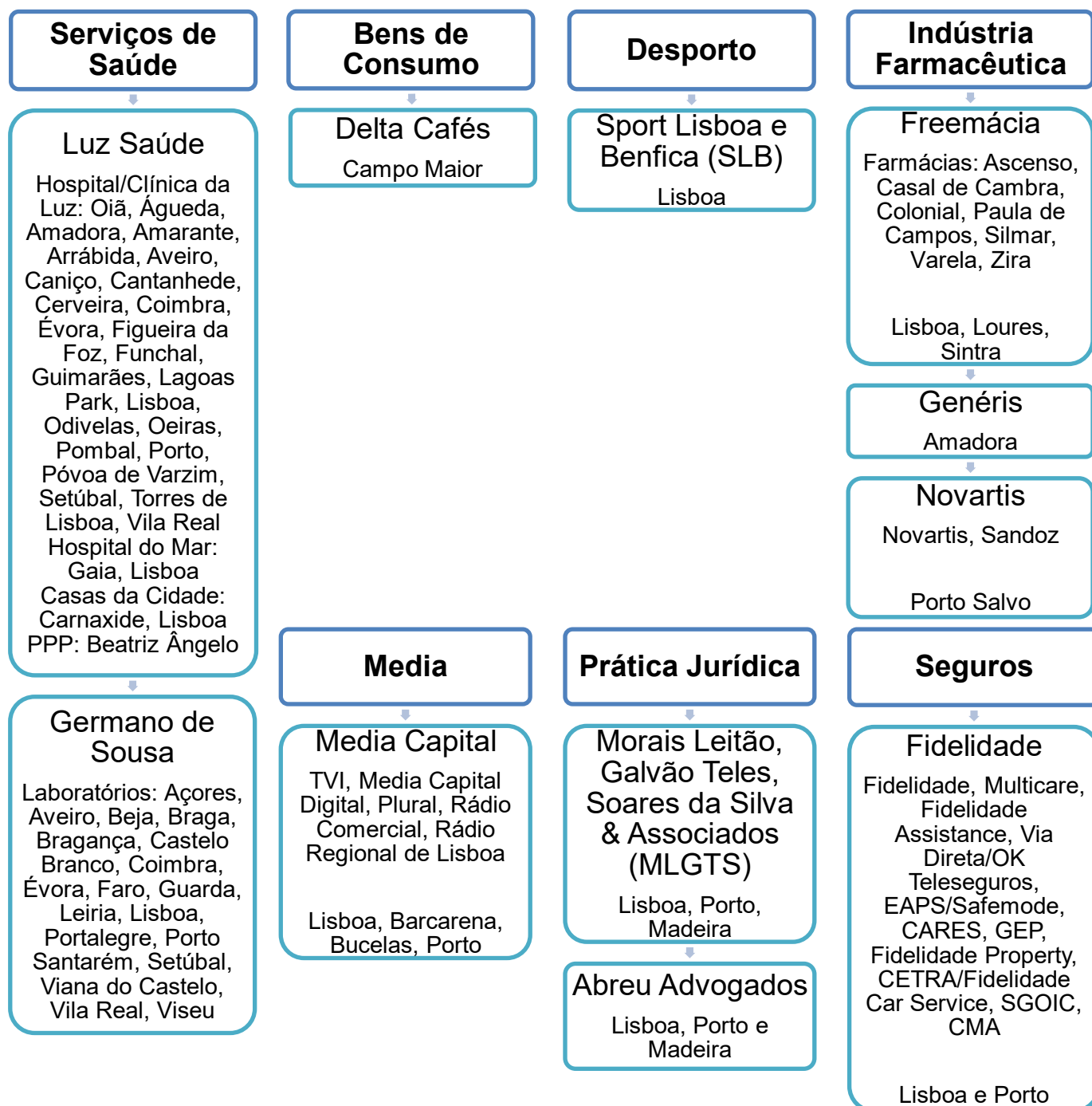
O processo anteriormente exposto encontra-se resumido no Esquema 5.



Esquema 5 - Resumo da Evolução do Estudo

O Esquema 6 é um resumo das onze empresas que resultaram de todo o intenso processo de seriação e aceitaram fazer parte deste estudo.

De todas as áreas passíveis de abranger, conseguiu-se uma coletânea muito vasta em Serviços de Saúde, Bens de Consumo, Desporto, Indústria Farmacêutica, Media, Prática Jurídica e Seguros.



Esquema 6 - Onze empresas incluídas no estudo

4.1.2. Taxa de Resposta ao Questionário pelos trabalhadores das empresas

Empresa	Datas em que decorreu o Questionário	Nº de Colaboradores Expostos ao Questionário	Nº de Colaboradores que respondeu ao Questionário	Taxa de Resposta
Delta	22-11-2019 a 15-12-2019	1500	103	6,9%
Freemácia	23-06-2020 a 30-06-2020	61	59	96,7%
Morais Leitão, Galvão Teles, Soares da Silva & Associados	24-06-2020 a 02-07-2020	364	21	5,8%
Fidelidade	25-06-2020 a 02-07-2020	3 355	822	24,5%
Genéris	25-06-2020 a 02-07-2020	195	137	70,3%
Germano de Sousa	02-07-2020 a 09-07-2020	853	488	57,2%
Novartis	06-07-2020 a 13-07-2020	457	167	36,5%
Media Capital	14-07-2020 a 21-07-2020	1124	99	8,8%
Abreu Advogados	17-07-2020 a 24-07-2020	321	73	22,7%
Sport Lisboa e Benfica	14-08-2020 a 21-08-2020	658	272	41,3%
Luz Saúde	31-08-2020 a 07-09-2020	6 000	1383	23,1%
Total	-	14 888	3624	24,3%

Tabela 8 - Taxa de Resposta ao Questionário

Na Tabela 8 consta um resumo dos períodos em que decorreu o questionário em cada uma das empresas, do número de colaboradores expostos ao questionário, que não corresponde ao número total de colaboradores em cada empresa, e o número, efetivamente, de colaboradores que respondeu ao questionário.

Desta análise é possível obter a taxa de resposta das empresas ao questionário, individual e total, na qual concluímos que a taxa de adesão por parte dos colaboradores das empresas ao convite para realização do questionário foi de 24,3%. Contudo verificou-se uma grande variabilidade da percentagem (5,8% a 96,7%) de respondentes entre as empresas que acederam participar no estudo.

4.1.3. Dados fornecidos pelas Empresas

Empresa	Idade (Média)	Distribuição por Género (Média)		Nº de Colaboradores expostos ao Questionário
		Feminino	Masculino	
Delta	-	-	-	1500
Freemácia	37	66,66%	33,33%	61
MLGTS	40,23	62%	38%	364
Grupo Fidelidade	44,7	58,1%	49,9%	3355
Fidelidade	46	58,6%	41,4%	2547
Multicare	40,6	70,9%	29,1%	261
Fidelidade Assistance	39,3	55,3%	44,7%	235
Via Direta/OK	38,2	65,8%	34,2%	73
Teleseguros	39,4	51%	49%	49
EAPS / Safemode	43,6	51%	49%	49
CARES	49,4	17,5%	82,5%	57
GEP	46,1	46,3%	53,7%	41
Fidelidade Property	44,7	33,3%	66,7%	27
CETRA / Fidelidade Car Service	44,7	50%	50%	16
SGOIC	40	60%	40%	195
Genéris	39	82%	18%	853
Germano de Sousa	43	67,18%	32,82%	457
Novartis	42	42%	58%	1124
TVI	40	60%	40%	321
Abreu Advogados	38,86	35,56%	64,44%	658
Sport Lisboa e Benfica	32	70%	30%	6 000
Luz Saúde	40	60%	40%	14 888
Total				

Tabela 9 - Dados fornecidos pelas Empresas

Do conjunto de dados que foi fornecido pelas empresas, exibido na Tabela 9, é possível constatar que a média de idades dos colaboradores em geral é de 40 anos. Relativamente à distribuição por género conseguimos concluir que predomina o feminino (60%) relativamente ao masculino (40%) a operar nas empresas.

4.1.4. Dados recolhidos da análise dos questionários

i. Dados Demográficos

Género	
Feminino	2654 73,2%
Masculino	970 26,8%
Total	3624 100,0%

Tabela 10 – Género

Constava na amostra total de 3624 colaboradores, que aceitaram e se disponibilizaram para responder ao questionário, 73,2% (n= 2654) de mulheres e 26,8% (n= 970) de homens. Esta percentagem de mulheres na amostra é superior comparativamente à identificada (60%) na população das empresas estudadas ($p < 0,001$).

Idade					
	Média	Desvio Padrão	Mínimos	Mediana	Máximos
Feminino	39,78	10,51	19	39	73
Masculino	43,28	10,82	22	43	72
Total	40,71	10,70	19	40	73

Tabela 11 – Idade

Relativamente à idade, a média geral dos colaboradores que respondeu ao questionário foi de 40,71 anos, com desvio padrão de $\pm 10,70$ e com idades compreendidas entre os 19 e 73 anos. Assim, verifica-se que a média de idades da amostra (40,71) é semelhante à média de idades da população das empresas que participaram no estudo.

Especificando por grupo feminino e masculino, é possível observar que a média de idades dos colaboradores do sexo feminino que responderam ao questionário, é de 39,78 anos, com um desvio padrão de $\pm 10,51$ e, com um intervalo de idades compreendidas entre os 19 e 73 anos. Quanto aos colaboradores do sexo masculino, a média de idades é mais alta que a das mulheres sendo 43,28 anos, com desvio padrão de $\pm 10,83$ e, com um intervalo de idades compreendido entre os 22 e os 72 anos.

ii. Dados relativos à presença de cefaleias

	Em alguma fase da sua vida teve dores de cabeça?	No último ano, teve alguma dor de cabeça?
Sim	3249 89,7%	3050 84,2%
Não	375 10,3%	201 5,5%
Total	3624 100,0%	3251 89,7%

Tabela 12 - Teve dor de cabeça

Na análise das primeiras questões de triagem do questionário, à questão “Em alguma fase da sua vida teve dores de cabeça?” 89,7% (n= 3249) da amostra respondeu que sim e, portanto, apenas 10,3% (n= 375) da amostra nunca teve dores de cabeça. Quanto à questão “No último ano, teve alguma dor de cabeça?”, 84,2% (n= 3050) dos inquiridos respondeu que sim e apenas 5,5% (n= 201) dos inquiridos não teve dor de cabeça no último ano.

No último ano, teve alguma dor de cabeça?					
		Sim	Não	Total	p
Em alguma fase da sua vida teve dores de cabeça?	Sim	3048 93,8%	201 6,2%	3249 100,0%	0,716*
	Não	2 100,0%	0 0,0%	2 100,0%	
	Total	3050 93,8%	201 6,2%	3251 100,0%	

*Teste Qui-Quadrado

Tabela 13 - Já teve dor de cabeça vs. Último ano teve dor de cabeça

Por forma a comprovar a veracidade das afirmações dos inquiridos que responderam ter tido dor de cabeça no último ano, compararam-se esses valores com a amostra de pessoas que afirmou já ter tido dor de cabeça em alguma fase da sua vida. Foi possível obter que a amostra de pessoas que teve dor de cabeça no último ano ($n= 3048$, 93,8%) se insere no grupo de pessoas que já teve dor de cabeça na vida ($n= 3249$, 100,0%). Observou-se ainda que, embora existam pessoas que já experienciaram pelo menos um episódio de dor de cabeça na vida, no último ano 6,2% ($n= 201$) dos inquiridos não tivera qualquer dor de cabeça.

Contudo, surgem duas respostas não coerentes por parte de inquiridos que afirmaram nunca ter sofrido de dor de cabeça em qualquer fase da sua vida e, no último ano afirmado ter tido uma dor de cabeça. Este resultado foi interpretado como tendo sido um erro do leitor, pouco significativo não impactando a análise, ao responder ao questionário.

A proporção de indivíduos com dor de cabeça no último ano não foi estatisticamente diferente da proporção de indivíduos com histórico de dor de cabeça ($p= 0,716$ obtido no Teste Qui-Quadrado).

		No último ano, teve alguma dor de cabeça?			
		Sim	Não	Total	p
Género	Feminino	2377 96,4%	90 3,6%	2467 100,0%	0,0001*
	Masculino	673 85,5%	111 14,2%	784 100,0%	
	Total	3050 93,8%	201 6,2%	3251 100,0%	

*Teste Qui-Quadrado

Tabela 14 - Género vs. Último ano teve dor de cabeça

Pretendia-se analisar a relação entre o género e a presença de dor de cabeça nos inquiridos. Realizada a análise, foi possível observar que o sexo feminino é quem mais sofre com dores de cabeça, correspondendo a 96,4% ($n= 2377$), em comparação com os indivíduos do sexo masculino cuja percentagem abrange 85,5% ($n= 673$). Pode verificar-se que existe diferença entre géneros ($p= 0,0001$) no que respeita a existência de dor de cabeça no último ano.

Considera que, desde o início da pandemia de COVID19, as suas dores de cabeça	
Melhoraram (estão menos frequentes e/ou intensas)	388 10,7%
Pioraram (estão mais frequentes e/ou intensas)	512 14,1%
Estão globalmente na mesma	1974 54,5%

Tabela 15 - A pandemia influenciou as dores de cabeça

Considerando as atuais circunstâncias em que vivemos, foram implementadas questões que pudessem refletir o impacto da COVID-19 nas dores de cabeça dos colaboradores que sofrem deste problema. Considerando as pessoas que tiveram dor de cabeça no último ano (n= 3048) foi possível constatar que na sua maioria, 54,5% dos inquiridos não sofreram alterações nas suas dores de cabeça devido ao surto de COVID-19 e respetiva mudança de estilo de vida. Contudo, 14,1% dos inquiridos afirmaram ter piorado a sua situação de recorrência de dores de cabeça neste período. Já 10,7% dos inquiridos diz ter melhorado das suas dores de cabeça devido à alteração de estilo de vida. Foram considerados nesta análise apenas dados válidos (n= 2874).

		Teve dor de cabeça ontem			
		Sim	Não	Total	p*
Ontem foi um dia normal de trabalho	Sim, foi um dia de trabalho no local de trabalho	374 22,2%	1307 77,8%	1681 100,0%	0,0001
	Sim, foi um dia de trabalho em teletrabalho	92 15,9%	485 84,1%	577 100,0%	
	Não, foi um dia de fim-de-semana ou folga equivalente ou férias	86 13,2%	565 86,8%	651 100,0%	
	Total	552 19,0%	2357 81,0%	2909 100,0%	

*Teste Qui-Quadrado

Tabela 16 - Trabalho vs. Teve dor de cabeça

A dor de cabeça no dia de ontem foi identificada em 19,0% da amostra. Tentou ainda perceber-se se o dia normal de trabalho tinha influência na dor de cabeça dos

inquiridos. A análise realizada revelou que os inquiridos sofrem mais de dor de cabeça aquando estão no local de trabalho (22,2%) comparativamente se estiverem a realizar o seu trabalho em teletrabalho (15,9%) ou mesmo de fim-de-semana, folga ou férias (13,2%).

iii. Dados referentes à identificação de cefaleias

	No último ano, teve alguma dor de cabeça?		
	Sim	Não	p
Nauseado ou maldisposto?	1630 53,6%	1411 46,4%	0,0001
Incómodo exagerado da luz?	1658 54,5%	1383 45,5%	0,0001
Limitação da capacidade de trabalhar, estudar ou realizar tarefas habituais durante, pelo menos, um dia?	1466 48,2%	1575 51,8%	0,0360

Tabela 17 - No último ano teve dor de cabeça com sintomas

Teste <i>ID-Migraine</i>			
Enxaqueca	Outro tipo de dor de cabeça	Total	p*
1613 52,9%	1435 47,1%	3048 100%	0,001

*Teste Qui-Quadrado

Tabela 18 - Teste *ID-Migraine*

Por forma a perceber se, entre os inquiridos que sofrem de dor de cabeça, esta se classifica em enxaqueca ou noutro tipo de dor de cabeça, realizou-se o teste *ID-Migraine*, no qual os inquiridos podiam assinalar mais que um sintoma.

Dos 3048 inquiridos que afirmaram ter dor de cabeça no último ano, 54,5% (n= 1658) manifestaram que o fator que mais se destaca é o “Incómodo exagerado da luz” com durante uma dor de cabeça, em seguida com 53,6% (n= 1630) expressaram ser as náuseas e má disposição o segundo sintoma mais incomodativo e, por fim, a “Limitação da capacidade de trabalhar, estudar ou realizar tarefas habituais durante, pelo menos, um dia” é sugerido por 48.2% (n= 1466) dos inquiridos como o terceiro sintoma mais desconfortável.

Analisando o Teste *ID-Migraine* (Tabela 18) observamos que pouco mais de metade (52,9%) da amostra de pessoas com dor de cabeça no último ano (n=3048), sofre de enxaqueca e, 47.1% sofre de outro tipo de dores de cabeça (p=0,001).

iv. Dados relativos à frequência de cefaleias

Quantos dias, no último mês, seguidos ou intervalados, teve dor de cabeça no total?							
Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q ₁	Mediana Q ₂	Q ₃	P ₉₀	Máximo
3,87	5,26	0	1	2	4	10	30

Tabela 19 - Dias seguidos/intervalados com dor de cabeça

No último mês, de todos os inquiridos que sofrem com dor de cabeça, a média de dias seguidos ou intervalados com dor de cabeça é 3,87 dias. Cinquenta por cento dos inquiridos sofrem até 2 dias de dores de cabeça por mês. No entanto, 10,0% da amostra sofre de dores de cabeça 10 dias ou mais por mês.

v. Dados relativos à intensidade das cefaleias

Intensidade da dor de cabeça de 0 a 10						
Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q ₁	Mediana Q ₂	Q ₃	Máximo
5,73	1,98	0	4	6	7	10

Tabela 20 - Intensidade da dor de cabeça

A intensidade habitual da dor de cabeça foi avaliada pelos doentes numa escala de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 a maior dor. O intervalo de intensidade de dor mais evidenciado pelos inquiridos é de 5 a 7, classificado como moderado a grave, sendo que a média da intensidade para a generalidade da amostra é categorizada em 6 e, portanto, considerada moderada e já incapacitante de algumas atividades. Podemos ainda observar que 25% das pessoas sofre dores de cabeça com intensidade superior a 7.

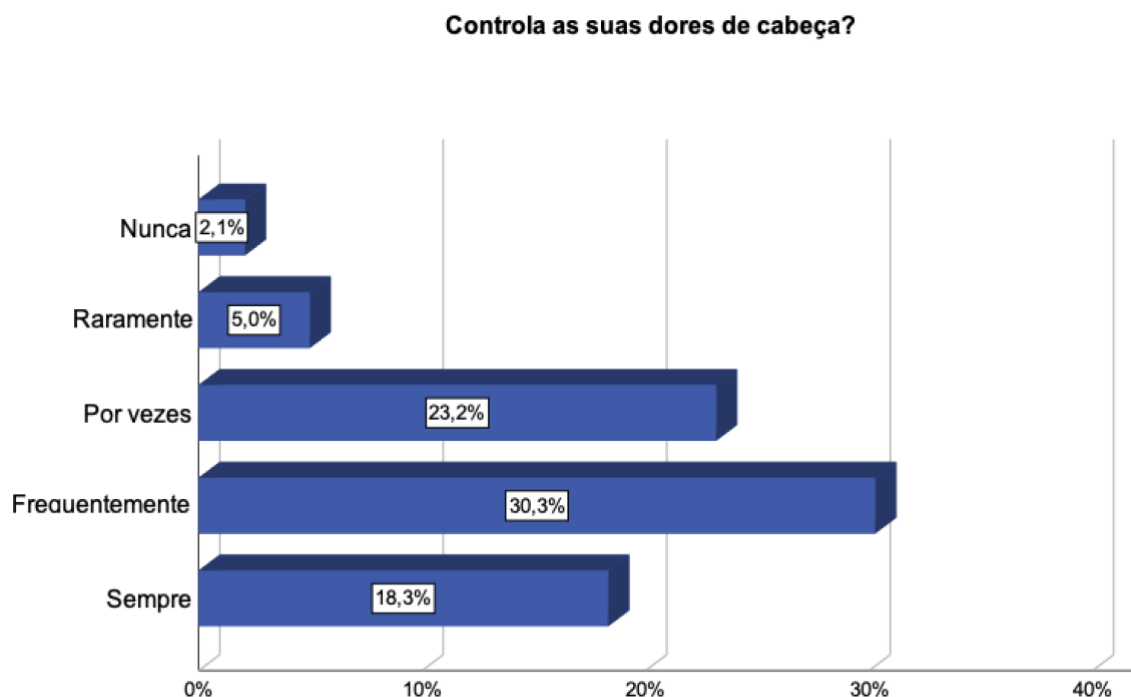
Foi inquirido aos pacientes que recorrem a medicação para alívio e controlo da dor de cabeça, correspondendo a 55,43% da amostra, que terapêutica medicamentosa está prescrita ou usada em automedicação. Na Tabela 20 são apresentados dos grupos terapêuticos citados.

vi. Dados referentes ao controle das cefaleias

Na amostra estudada, 55,43% referiram recorrer a medicação para alívio a dor de cabeça (prescrição médica ou em automedicação). Na Tabela 20 são apresentados os grupos terapêuticos correspondentes.

Medicação para Controle da Dor de Cabeça enunciada pelos inquiridos		
Substância Ativa*	Nome do Medicamento	Classificação Farmacoterapêutica*
Paracetamol + Tiocolquicosido	Aldalgur®	2.3.1 – Ação Central
Alprazolam	Xanax®	2.9.1 – Ansiolítico, Sedativo e Hipnótico
Clonixina	Algimate®, Clonix®	2.10 – Analgésico e Antipiréticos
Acetilsalicilato de Lisina	Aspegic®	
Metamizol Magnésio	Dolocalma®, Nolotil®	
Ácido Acetilsalicílico	Aspirina®, Migraspirina®	
Paracetamol + Propifenazona + Cafeína	Saridon-N®	
Paracetamol	Ben-u-ron®, Dafalgan®, Migralev®, Panadol®, Paramolan®	2.10 – Analgésico e Antipiréticos 2.11 – Medicamentos usados na Enxaqueca
Ergotamina + Paracetamol + Beladona (alcalóides) + Cafeína	Migretil®	2.11 – Medicamentos usados na Enxaqueca
Almotriptano	Almogran®	
Rizatriptano	Maxalt®	
Sumatriptano	Imigran®	
Zolmitriptano	Zomig®	
Tramadol	Tramal®	2.12 – Analgésicos Estupefacientes
Metoclopramida	Primperan®	2.7 – Antieméticos e Antivertiginosos 6.3.1 – Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos
Propanolol	Inderal®	3.4.4.2.2 – Inibidores seletivos da cox 2
Diclofenac	Voltaren®	9.1.2 – Derivados do Ácido Acético
Ibuprofeno	Nurofen®, Spidifen®, Trifene®	9.1.3 – Derivados do Ácido Propiónico
Naproxeno	Naprosyn®	
Nimesulida	Nimed®	9.1.7 – Derivados Sulfanilâmídicos
Etoricoxib	Exxiv®	9.1.9 – Inibidores seletivos da cox 2
Cetorolac		15.2.2 – Anti-inflamatórios não esteróides

Tabela 21 - Medicação para Controle da Dor de Cabeça enunciada pelos inquiridos. Fonte consultada: Infomed (80)

**Gráfico 1** - Controlo das dores de cabeça

Através de hábitos diários regulares e medicação adequada, pretendia-se perceber se os doentes que sofrem desta patologia conseguem controlar as suas dores de cabeça. É possível observar que boa parte dos inquiridos (30,3%) frequentemente controla as suas dores de cabeça e, 18,3% fazem-no sempre. Contudo 2,1% nunca consegue controlar a dor e 5,0% raramente o consegue fazer.

vii. Dados referentes à duração das cefaleias

Quanto tempo duram, habitualmente, as suas dores de cabeça (considere a realidade independentemente de ter tomado ou não medicação)	
Menos de 2 horas	485 13,4%
Uma manhã ou uma tarde	1295 35,7%
Um dia útil de trabalho/estudo	490 13,5%
Um dia completo, passando para o dia seguinte	699 19,3%

Tabela 22 - Duração das dores de cabeça

Considerando a realidade independentemente de ter tomado ou não medicação, as dores de cabeça de 35,7% dos inquiridos duram o equivalente a uma

manhã ou uma tarde. No entanto, existe uma pesadosa percentagem de 19,3% dos inquiridos que afirma que as suas dores de cabeça normalmente duram um dia completo passando para o dia seguinte, ou apenas um dia útil como afirmado por 13,5% das pessoas.

viii. Dados relativos ao impacto das cefaleias

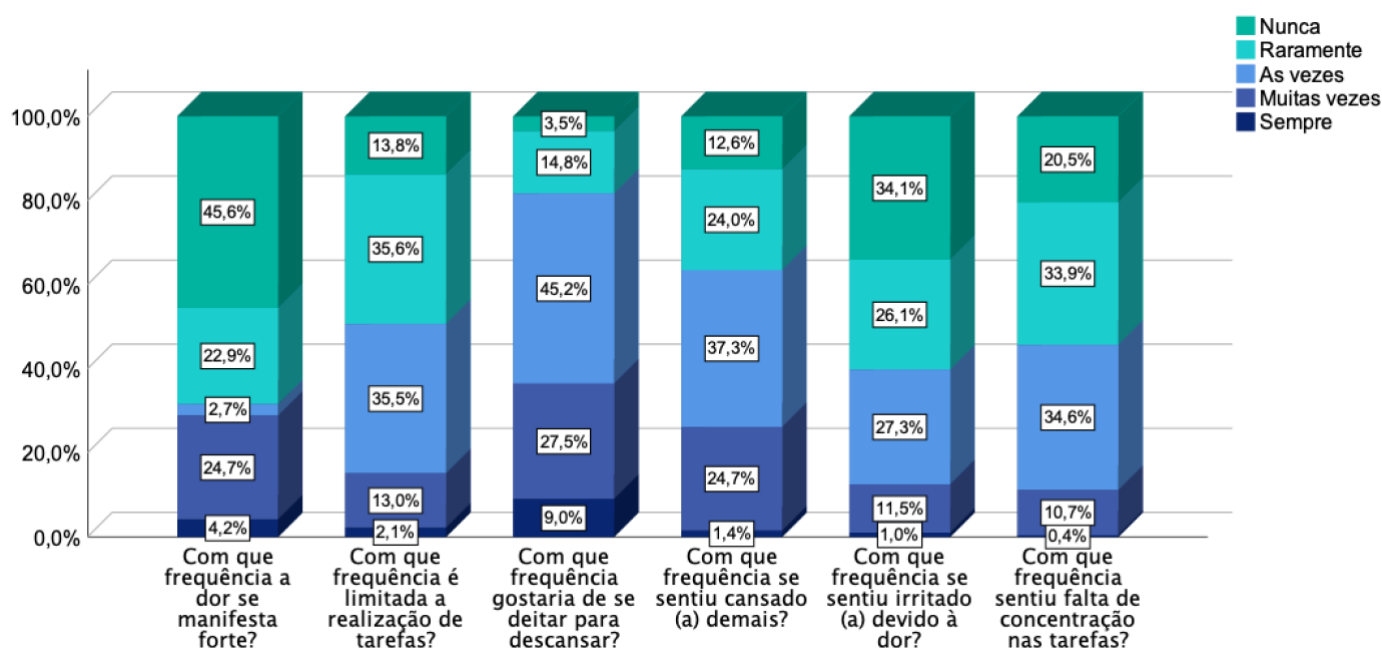


Gráfico 2 - Qual o impacto da dor de cabeça em acontecimentos do dia-a-dia

Teste HIT-6			
Necessita de consultar um médico	Não necessita de consultar um médico	Total	p*
2061	853	2914	<0,001
70,7%	29,3%	100%	

*Teste de Proporção (0,5) a uma amostra

Tabela 23 - Teste HIT-6

O gráfico anterior ilustra o HIT-6, *Headache Impact Test*, que mede o impacto adverso da dor de cabeça no paciente. 28,9% das pessoas afirma que sempre ou muitas vezes sente dor forte numa cefaleia. Relativamente à limitação para a realização de tarefas devido à dor de cabeça, segundo 15,1% das pessoas, sempre ou muitas vezes existe este sentimento de limitação. Quanto à frequência com que gostariam de se deitar, verifica-se que 36,5% das pessoas sempre ou muitas vezes sente necessidade de descansar. No que refere ao cansaço excessivo devido à dor

de cabeça, 26,1% das pessoas quase sempre sente essa exaustão. No que diz respeito à frequência com que se sentiram irritados devido à dor, 12,5% das pessoas muito frequentemente sente essa irritação. Por fim, quanto à falta de concentração, 11,1% muitas vezes sente falta de concentração nas suas atividades.

De acordo com o teste HIT-6 verificamos que a maior parte das pessoas (70,7%) deveria recorrer a um médico para acompanhamento da sua patologia, tendo em conta as percentagens observadas no Gráfico 2.

Considerando tudo aquilo que poderia ter feito ontem se não tivesse tido uma dor de cabeça, quanto é que conseguiu fazer do planeado?	
Tudo	236 43,2%
Mais de Metade	170 31,1%
Menos de Metade	123 22,5%
Nada	17 3,1%

Tabela 24 - Quanto conseguiu fazer do planeado se não tivesse tido dor de cabeça?

Que atividades foram prejudicadas?					
		Trabalho	Atividades Sociais	Atividades Familiares	Tarefas Domésticas
O que conseguiu fazer do planeado?	Tudo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Mais de metade	30,0%	12,4%	31,2%	64,1%
	Menos de metade	38,2%	9,8%	32,5%	65,9%
	Nada	11,8%	17,6%	52,9%	64,7%

Tabela 25 - O que conseguiu fazer do planeado vs. que atividades foram prejudicadas

Por forma a analisar o impacto da dor de cabeça no dia-a-dia das pessoas, tentámos perceber primeiro se, tendo dor de cabeça o que teriam conseguido fazer do planeado nesse dia e, depois quais as atividades prejudicadas. Feita a análise, 43,2% das pessoas conseguiram fazer tudo o que tinham planeado e, portanto 100% das atividades. Das 31,1% que conseguiram fazer mais de metade do planeado, as

atividades mais prejudicadas foram as tarefas domésticas com 64,1% e as atividades familiares correspondendo a 31,2%. Quanto às pessoas que apenas conseguiram fazer menos de metade do planeado, 22,5%, estas afirmaram que as atividades mais prejudicadas foram também as tarefas domésticas com 65,9% e o trabalho representando 38,2%. Por fim, das pessoas que afirmaram não ter conseguido fazer nada do planeado, 3,1%, as atividades mais prejudicadas foram novamente as tarefas domésticas com 64,7% e as atividades familiares com 52,9%.

Considera que seja possível compensar as atividades perdidas durante o dia de hoje ou noutra altura?		
Sim	Não	p
58,1%	41,9%	0,005

Tabela 26 - Considera ser possível compensar as atividades perdidas?

O que foi possível compensar?	Trabalho	Atividades Sociais	Atividades Familiares	Tarefas Domésticas
	32,4%	12,8%	33,5%	72,1%

Tabela 27 - Que atividades foram compensadas?

No seguimento da análise anterior (Tabelas 24 e 25), queríamos perceber se as atividades que foram prejudicadas eram passíveis de ser compensadas ainda no próprio dia ou nos que se sucedem. Dos 58,1% de inquiridos que confirmaram ser possível compensar as atividades perdidas num futuro breve, curiosamente afirmam que as tarefas domésticas e as atividades familiares, 72,1% e 33,5% respetivamente, são as atividades mais facilmente compensadas.

ix. Dados referentes ao Absentismo por cefaleias

Ontem teve que faltar ao trabalho devido às suas dores de cabeça, mesmo que parcialmente?	
Sim	11 2,4%
Não	455 97,6%
Total	466 100%

Tabela 28 - Faltou ao trabalho devido a dor de cabeça?

Queríamos perceber, em tempo perdido, das pessoas, que tiveram dor de cabeça ontem, se necessitaram de faltar ao trabalho devido à dor de cabeça e, quanto tempo. A análise demonstra que 2.4% não conseguiram trabalhar, parcialmente ou totalmente, devido a dor de cabeça. Na amostra de onze pessoas que faltou ao trabalho, duas faltaram o dia de trabalho completo (8h), outras duas faltaram entre 4h a 5h e, as restantes sete faltaram entre 1h a 3h.

x. Dados relativos à utilização de recursos de saúde

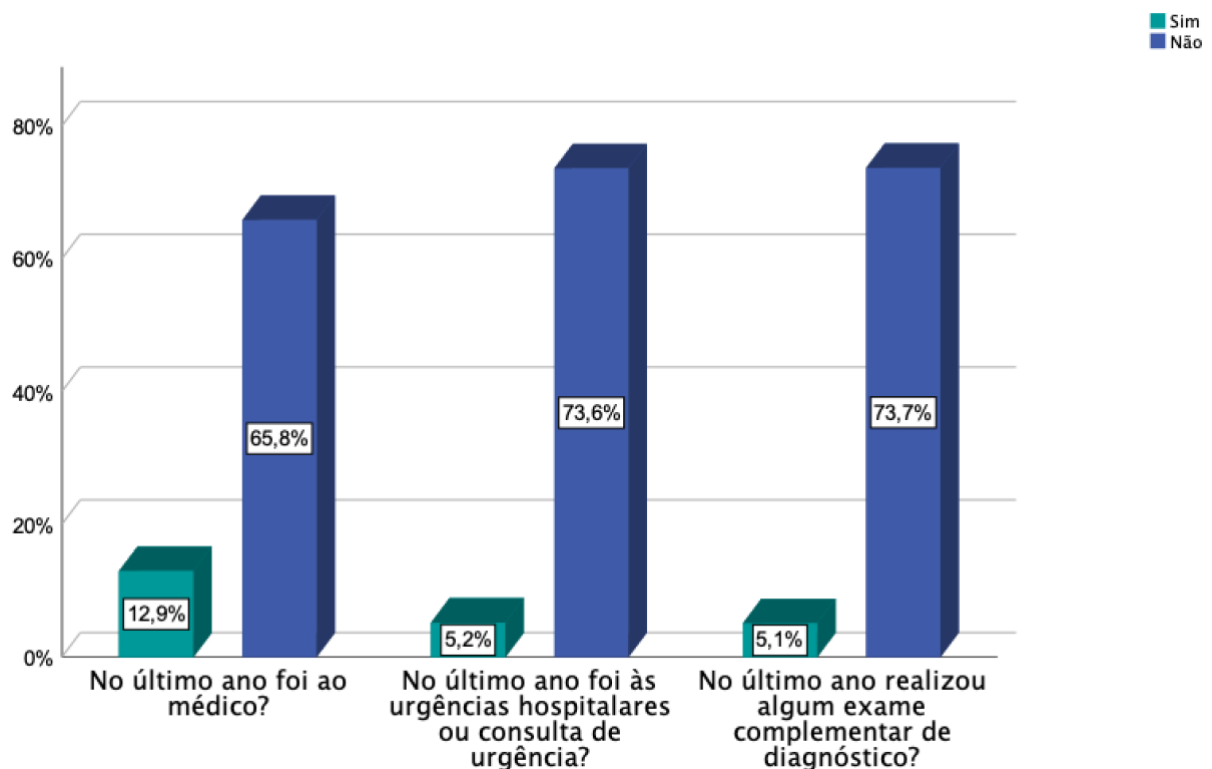


Gráfico 3 - No último ano recorreu a serviços de saúde devido às cefaleias?

Gostávamos ainda de perceber se as pessoas que sofrem de dores de cabeça recorrem com frequência a recursos de saúde. No gráfico anterior podemos constatar que no último ano apenas 12,9% recorreu ou é seguido por um médico para tratamento desta patologia, comparativamente com 65,8% que não procurou a ajuda de um médico. Quanto à necessidade de recorrer às urgências hospitalares ou precisar de uma consulta de urgência, somente 5,2% dos inquiridos sentiu essa urgência possivelmente pela intensidade da dor sentida no momento. E, por fim, relativamente à realização de algum exame complementar de diagnóstico, 5,1% dos inquiridos necessitou de o fazer e, possivelmente, aqueles que são seguidos por um médico.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Este estudo tem como um dos objetivos principais determinar a prevalência pontual de cefaleias numa amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos em Portugal e, para tal, questionou-se a presença de cefaleias no dia de ontem. Têm sido publicados inúmeros estudos nesta área desde que começou a ser percebida a importância dos distúrbios de dor de cabeça na Saúde Pública e o impacto significativo na saúde e na qualidade de vida das pessoas. O método de avaliação da “Dor de cabeça no dia de ontem” surgiu para combater a lacuna do viés de memória, presente em outros estudos, que remetia para um espaço temporal anterior demasiado longo, três meses, representando um grau de erro desconhecido (3,67,77,80). Através da aplicação deste método foi possível reduzir essa incerteza, que ainda que não seja isento de erro, a percepção de ocorrências ao longo do dia de ontem está muito mais presente na memória do que o ocorrido nos três meses anteriores. Admite-se que a representação da dor de cabeça ontem poderá refletir com maior precisão o impacto das dores de cabeça no geral.

Primeiramente era importante perceber, dos inquiridos, aqueles que já haviam experienciado um episódio de dor de cabeça na vida, correspondendo a 89,7% dos inquiridos (n= 3249), ou seja, 10,3% (n=375) nunca teve uma dor de cabeça. Dos que já experienciaram uma dor de cabeça, quisemos saber se no último ano sofreram de algum episódio de dor de cabeça e constatámos que 84,2% (n= 3050) teria tido dores de cabeça. Comparámos estes resultados por forma a comprovar a veracidade das afirmações dos inquiridos e, obtivemos que a amostra de pessoas que teve dor de cabeça no último ano (93,8%, n=3048) globalmente se insere na amostra de pessoas que já teve dor de cabeça em alguma vez na vida (n= 3249). Outro fator importante seria perceber qual o género que mais sofre com dores de cabeça, no qual foi possível constatar que é o sexo feminino quem mais sofre desde problema com 96,4% comparativamente a 85,5% do sexo masculino. Estes valores podem ser facilmente explicados e compreendidos pelo facto de as mulheres sofrerem ao longo da vida muito mais com questões hormonais do que os homens e, justamente numa faixa etária compreendida desde o início da puberdade até à menopausa, caracterizado como um período que deveria ser de anos bastante produtivos. Outro fator que foi naturalmente tido em conta foi o atual e atípico panorama que passámos com o surto

de Covid-19. Com a chegada do Covid-19 a Portugal, as empresas foram necessariamente obrigadas a alterar o seu normal funcionamento e enviar os seus colaboradores para casa em teletrabalho. Pareceu-nos pertinente questionar se, tendo em conta as alterações desde o início da pandemia, houve modificação das dores de cabeça. Para 54,5% a frequência da dor manteve-se, para 10,7% dos inquiridos a frequência de dor de cabeça melhorou, talvez porque todo o stress subjacente ao ter que se deslocar para o trabalho deixou de existir, mas, por outro lado, 14,1% dos inquiridos afirmaram que as suas dores de cabeça pioraram e nesse ponto de vista, talvez possamos deduzir que o facto de uma pessoa se manter fechada em sua casa durante um longo e incerto período de tempo, tendo que desempenhar o trabalho, tarefas domésticas e atividades familiares dentro do mesmo espaço, contribua para as cefaleias. Por fim, para finalizar e responder à análise do primeiro objetivo principal, relacionou-se o facto de o indivíduo ter tido um episódio de dor de cabeça ontem com ter sido, ou não, um dia de trabalho. Observamos que da amostra de 2909 inquiridos, 19,0% da amostra que teve dor de cabeça ontem e, desses, 22,2% estaria a trabalhar no local de trabalho, 15,9% estaria em teletrabalho e 13,2% estaria de férias ou folga. Este resultado sugere que o ambiente em que o indivíduo se encontra está intrinsecamente relacionado com a ocorrência de dor de cabeça, associada à pressão do desempenho profissional, do cumprimento de horários e, da partilha do ambiente agregado a manifestações comportamentais do grupo de trabalho, ou seja, o momento atual vem revelar que haverá colaboradores com preferência por teletrabalho face ao trabalho presencial na empresa, uma vez que a gestão do tempo de trabalho, execução de tarefas e atividades de lazer, familiares e sociais resultam mais produtivas e rentáveis. Observamos também na análise que 81,0% da amostra não teve nenhum episódio de dor de cabeça no dia de ontem e tampouco associado ao trabalho.

O segundo objetivo principal é analisar o tipo e a frequência de cefaleias manifestadas pela amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos. Estudos revelam que as cefaleias crónicas ocorrem com maior frequência comparativamente às cefaleias episódicas (7,32,71). As cefaleias crónicas são muito mais penosas para o doente porque ocorrem com maior frequência e intensidade, inerentes a sintomas como náuseas e má disposição, sensibilidade exagerada à luz e limitação da realização de atividades. Os três sintomas anteriormente descritos estão associados ao teste *ID-Migraine* cujo objetivo é classificar a dor de cabeça em

enxaqueca, quando a soma dos três sintomas é 2 ou 3, ou em outro tipo de dor de cabeça, quando a soma dos três sintomas é 0 ou 1 (78,80). Da amostra de 3048 pessoas que teve dor de cabeça no último ano, 54,5% afirmaram que o fator mais incomodo durante uma dor de cabeça é o “Incomodo exagerado da luz”, seguido das náuseas e má disposição manifestada por 53,6% dos inquiridos e, por fim, a “Limitação da capacidade de trabalhar, estudar ou realizar tarefas habituais durante, pelo menos, um dia” surge por 48,2% dos inquiridos. A análise da escala do teste ID-Migraine sugere que 52,9% das pessoas que tiveram dor de cabeça no último ano sofrem de enxaqueca e os restantes 47,1% sofrem de outro tipo de dores de cabeça, nomeadamente cefaleias do tipo tensão. Questionámos a intensidade da dor de cabeça numa escala de 0 a 10 sendo que: 0 – Sem dor, 1 a 2 – Dói pouco, 3 a 4 – Dor Médio, 5 a 6 – Dor Moderada, 7 a 8 – Dor Grave, 9 a 10 – A maior dor. O intervalo de intensidade da dor mais evidenciado pelos inquiridos é de 5 a 7, sendo que a média da intensidade para a generalidade da amostra é categorizada em 6 e, portanto, dor moderada. No entanto, neste nível de dor um doente em crise já se encontra incapaz de fazer algumas atividades, pois as valências do ser humano ficam diminuídas aquando uma crise de dor de cabeça, e nos parâmetros mais elevados frequentemente é preciso que as pessoas interrompam as suas atividades para dar prioridade a esta doença imprevisível e incapacitante. 25% dos inquiridos sofredores de dor de cabeça relatam intensidades da dor superior a 7. Questionou-se relativamente à medicação utilizada para controlo da dor de cabeça na qual se constata ser maioritariamente de ação analgésica e anti-inflamatória. Queríamos ainda perceber se as pessoas consideram conseguir controlar as suas dores de cabeça. Boa parte dos inquiridos (30,3%) controla frequentemente as suas dores de cabeça, mas infelizmente 2,1% raramente consegue controlar a dor e 5,0% nunca o consegue fazer. Há estudos que relatam como realmente é penoso para estas pessoas que convivem diariamente com a dor de cabeça sentirem que vivem em “part-time” (31,34,68). É importante que essas pessoas tenham hábitos diários regulares certos como o horário das refeições, o tipo de comida, horário e número de horas de sono, prática de exercício físico e medicação adequada. E, por isso, consideramos também ser importante perceber a frequência da dor de cabeça para os inquiridos e, relacioná-la como sendo crónica ou episódica. Quando questionados relativamente ao número de dias, no último mês, seguidos ou intervalados tiveram dor de cabeça constatamos que a média geral é de 3,87 dias e, que metade da amostra sofre de dor

de cabeça entre 0 a 2 dias por mês. No entanto, existem 10% que sofrem com crises de dor de cabeça mais do que 10 dias por mês. Sabe-se que as cefaleias são consideradas crônicas quando são iguais ou superiores a quinze dias e, portanto, as episódicas são inferiores a esse tempo. Ainda no sentido de perceber, habitualmente, quanto tempo duram as dores de cabeça e em que medida pode impactar o tempo de trabalho, 35,7% dos inquiridos que sofrem de dor de cabeça afirmam durar normalmente uma manhã ou uma tarde. No entanto, existem 19,3% cujas dores de cabeça duram um dia inteiro passando até para o dia seguinte. Uma das principais necessidades de um doente com dor de cabeça ativa é encontrar um ambiente de sossego, com relativa obscuridade, sendo coerente admitir, que é muitas vezes necessário ficar “fora de serviço” das obrigações laborais para procurar esse conforto e, retomar mais tarde em regime de compensação do tempo de ausência.

É baseado no anterior pensamento que surge o último objetivo principal do estudo, determinar a incapacidade associada às cefaleias numa amostra da população de indivíduos profissionalmente ativos em Portugal. Conforme foi apresentado anteriormente neste estudo, o custo indireto das cefaleias está intrinsecamente relacionado com a perda de produtividade no dia-a-dia (37,52,56). A perda de produção por morbilidade é um tema que já vem sendo debatido recorrentemente e evidenciado em diversos estudos e, que tem ganho força e importância dado se verificar a influência negativa da dor de cabeça na qualidade de vida (57,63,73). No último mês, analisámos com que frequência a dor de cabeça tem implicações nos acontecimentos do dia-a-dia. 28,9% das pessoas afirma que sempre ou muitas vezes sente dor forte numa cefaleia. Relativamente à limitação para a realização de tarefas devido à dor de cabeça, segundo 15,1% das pessoas, sempre ou muitas vezes existe este sentimento de limitação. Quanto à frequência com que gostariam de se deitar, verifica-se que 36,5% das pessoas sempre ou muitas vezes sente necessidade de descansar. No que refere ao cansaço excessivo devido à dor de cabeça, 26,1% das pessoas quase sempre sente essa exaustão. No que diz respeito à frequência com que se sentiram irritados devido à dor, 12,5% das pessoas muito frequentemente sente essa irritação. Por fim, quanto à falta de concentração, 11,1% muitas vezes sente falta de concentração nas suas atividades. Conjugando os valores desta análise com a escala do teste HIT-6 (65), em que: 6 – Nunca, 8 – Raramente, 10 – Às vezes, 11 – Frequentemente e 13 – Sempre e, quando a soma é igual ou superior a 50 pontos, o doente deve procurar ajuda médica. Constatámos que

70,7% dos inquiridos deveria ser seguido por um médico para melhoria das suas dores de cabeça e qualidade de vida. Neste sentido, seria pertinente percebermos se de todas as atividades que estariam planeadas para o dia de ontem, o que é que um doente com dor de cabeça não conseguiu fazer ou completar e, que atividades em específico. 43,2% dos inquiridos com dor de cabeça no dia de ontem, conseguiram realizar todas as atividades sociais, familiares, tarefas domésticas e de trabalho planeadas. Dos 31,1% que conseguiu fazer mais de metade do planeado, as atividades que saíram prejudicadas foram tarefas domésticas (64,1%) e atividades familiares (31,2%). Dos 22,5% que apenas fez menos de metade do planeado, as atividades consideradas prejudicadas foram tarefas domésticas (65,9%) e trabalho (38,2%). E, por fim, 3,1% que não conseguiu fazer nada do planeado, ainda assim as atividades mais prejudicadas foram as domésticas (64,7%) e familiares (52,9%). Desta análise podemos concluir que aquando na presença de uma dor de cabeça as atividades que menos são passíveis de realizar, possivelmente, devido ao esforço físico que exigem são as tarefas domésticas, seguidas das atividades familiares e trabalho. Faria sentido ainda identificar quais as atividades prejudicadas, quais as que possivelmente poderiam vir a ser compensadas em breve. 58,1% afirmou ser possível vir a compensar as atividades perdidas, que curiosamente são as mesmas que foram prejudicadas, tarefas domésticas (72,1%) e atividades familiares (33,5%). Aqui podemos sugerir que sendo as atividades que ficaram para trás, são aquelas que necessitam de mais atenção, ou porque são as mais fáceis de compensar, por exemplo, um jantar de amigos previamente combinado e chegado ao dia uma das pessoas tem uma dor de cabeça que a incapacita de ir ao jantar. Possivelmente esse jantar decorrerá naturalmente com as restantes pessoas, apesar da pessoa que faltou não poder compensar a sua falta. Abdicar da parte social, relaxamento e lazer, contribui para o isolamento e tristeza, sobretudo de quem sofre de muitas crises.

No seguimento passamos para os objetivos secundários deste estudo, dos quais o primeiro era estimar o Absentismo associado à incapacidade das cefaleias na amostra. Ao longo da análise de variados estudos (51,52,76), foi possível perceber que a maior parte dos doentes não se ausenta das suas obrigações devido à doença e, portanto, tem como consequência um decréscimo de produtividade porque a concentração diminui, e no caso laboral, todo o trabalho que poderia ser realizado num curto espaço de tempo e efetivado, é atrasado e prolongado para os dias seguintes. Questionámos aos colaboradores se no dia de ontem tinham tido a

necessidade de faltar ao trabalho devido à dor de cabeça (n=466). Apenas 2,4% (n= 11) necessitaram de se ausentar do trabalho devido a uma dor de cabeça, e 97,6% (n= 455), embora com dor de cabeça, não necessitaram de se ausentar do trabalho. Daqueles que afirmaram ter faltado ao trabalho por dor de cabeça, questionámos ainda de quanto tempo necessitaram para se ausentar, ao que obtivemos que dos onze inquiridos que faltaram ao trabalho, duas faltaram o dia de trabalho completo (8h), outras duas faltaram entre 4h a 5h e, as restantes sete faltaram entre 1h a 3h.

Um outro objetivo secundário deste estudo é a estipulação da frequência de utilização de recursos de saúde para tratamento das cefaleias. Constatámos que no último ano 12,9% recorreu ou é seguido por um médico para tratamento da sua patologia, 5,2% dos doentes com cefaleias necessitou de ir a uma urgência hospitalar ou consulta de urgência possivelmente devido à intensidade da dor sentida no momento e, 5,1% dos pacientes realizou algum tipo de exame complementar de diagnóstico, como Tomografia Axial Computorizada (TAC) ou Ressonância Magnética Nuclear (RMN), possivelmente no apoio ao seguimento médico. Estes números revelam que dado o número de casos de pessoas que sofre com dor de cabeça em Portugal, estes deveriam ser seguidos por um médico. As pessoas não procuram a ajuda dos profissionais de saúde uma vez que pretendem soluções rápidas para o seu problema, como é o caso da automedicação que, sem suporte informado profissional destes medicamentos, contribuem para a ocorrência de efeitos secundários não negligenciáveis (26,77).

E, por fim, o último objetivo secundário deste estudo é avaliar a disponibilidade de colaboração das empresas em Portugal a estudos de Saúde Pública. Convidadas mais de sessenta empresas portuguesas a participar neste estudo de Saúde Pública, aceitaram participar onze médias a grandes empresas, correspondendo a uma taxa de adesão de 16,9%. Estas onze empresas contribuíram para uma amostra, da população ativa em Portugal, de 3624 colaboradores e, portanto, o que corresponde a uma taxa de resposta ao questionário de 24,3%. Esta amostra não pode ser considerada representativa uma vez que o questionário apenas abrangeu médias e grandes empresas das quais os trabalhadores teriam que ter acesso à internet, excluindo as micro e pequenas empresas e trabalhadores sem acesso à internet. Contudo esta é uma amostra robusta que engloba trabalhadores de empresas de Norte a Sul do país, incluindo ilhas. Ainda, como tendo sido caracterizada como amostra de conveniência dependia das empresas que aderiam ao estudo e do número

de respondentes. Nesse sentido, foi possível verificar que houve uma grande variabilidade da percentagem (5,8% a 96,7%) de respondentes entre as empresas que acederam participar no estudo.

Analisando os resultados por género, verificamos que da amostra total constavam 73,2% de mulheres e 26,8% de homens. A percentagem de mulheres na amostra é superior aos dados indicados pelas empresas (60% mulheres e 40% homens). Esta diferença poderá ser sustentada pela hipótese de as mulheres por natureza serem mais propensas a responderem aos questionários do que os homens. Todo o processo de cativação das empresas foi muito moroso, devido à dificuldade de acesso e demora no tratamento de dados burocráticos. Contudo, foi possível perceber que começa a existir uma preocupação das empresas com os colaboradores e isso reflete-se no interesse em participar e envolverem-se em estudos de saúde, por forma a melhorar as condições de trabalho e alteração de comportamentos no que se refere a disponibilidade e compreensão pela patologia de um colega (57).

Sendo este um estudo transversal apenas permite a obtenção da prevalência pontual, mas seria interessante realizarem-se posteriormente estudos prospetivos por forma a ser possível determinar a incidência.

5.1. Principais dificuldades à implementação do estudo

Não se revelou fácil a implementação de um estudo de saúde pública desta dimensão em empresas nacionais com presença de Norte a Sul do país. Para a seleção de empresas com estas características, procuraram-se médias a grandes empresas e, portanto, moroso o processo de acesso aos contactos dos Departamentos de Recursos Humanos, que em nosso entender seriam as pessoas de primeira linha que poderiam encaminhar o projeto e submetê-lo para autorização dos respetivos conselhos de administração, vir a organizar a implementação dos questionários e fornecer os dados sobre o número de colaboradores expostos ao questionário, idade média e distribuição de género.

A primeira dificuldade com que fomos defrontados foi com a ausência de resposta por parte das empresas, que corresponde sensivelmente a 55,4% das empresas convidadas a participar no estudo que não deram resposta.

A segunda dificuldade, após o primeiro contacto, surgiu com a recusa para participação no estudo, por variadas razões, dos respetivos conselhos de administração das sessenta e cinco empresas contactadas.

Das empresas que aceitaram participar no estudo, a terceira dificuldade identificada prendeu-se com a demora na implementação e distribuição dos questionários pelos colaboradores através da rede interna da empresa. Para além da disponibilização do questionário pelos colaboradores, solicitava-se ao Departamento de Recursos Humanos os dados acima enunciados, dados sobre o número de colaboradores expostos ao questionário, média de idades e distribuição de género.

Assim que as empresas iniciavam a disponibilização do questionário pelos colaboradores, o mesmo ficaria ativo num prazo de 8 dias seguidos com lembrete para as últimas 24h. Antes dessas 24h foram sempre confirmados quantos questionários já haviam sido respondidos pela empresa e se considerássemos que o número seria demasiado pequeno para a amostra de colaboradores expostos ao mesmo, quarta dificuldade, então solicitava-se à empresa um reforço adicional de informação.

A última dificuldade identificada, que naturalmente teve implicações nos prazos deste projeto, advém do período absolutamente atípico com o surgimento da pandemia da Covid-19. Esta situação vivida mundialmente fez alterar o normal funcionamento das empresas, na medida em que houve períodos de confinamento e adaptação ao trabalho remoto, posteriormente implementação de processos em diversas áreas e, portanto, com prejuízo de projetos e compromissos empresariais não prioritários.

CAPÍTULO VI – CONCLUSÃO

O projeto *“Headache Yesterday at Work, in Portugal”* tem objetivos definidos e focados na identificação e perceção dos fatores que podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida de quem sofre de cefaleias. Esta patologia é imprevisível e incurável representando um problema de saúde pública, que através de acompanhamento médico e terapêutica adequada pode ser controlada.

A análise dos dados recolhidos neste inquérito permitiu alargar o conhecimento desta doença em Portugal, na generalidade e em ambiente de trabalho, melhorando a visão da prevalência em Portugal, refletida por 89,7% da nossa amostra com dor de cabeça no último ano, sendo que são as mulheres quem mais sofre com esta patologia (96,4%). Apurou-se a prevalência pontual na qual 19,0% dos trabalhadores teve cefaleia no dia de ontem. Relativamente ao tipo de dor de cabeça, supõe-se que 52,9% das pessoas sofre de enxaqueca e os restantes outro tipo de cefaleias. Boa parte dos pacientes caracteriza a intensidade da dor como moderada, implicando uma predisposição para incapacidade física, mental e período afetado, sendo que 50% dos inquiridos afirma que têm cefaleias entre 0 e 2 dias por mês, com impacto evidente em atividades domésticas, familiares e laborais. Quanto ao Absentismo, considerando o dia de ontem como um dia normal de trabalho com dor de cabeça (84,4%), 2,4% sentiu necessidade de se ausentar para descansar, na sua maioria entre 1 a 3 horas. No último ano, menos de 13% dos inquiridos com cefaleias consultou um médico e menos de 6% necessitou de recorrer a urgências ou realizar MCDT's.

A necessidade de informar e assistir a população exposta a esta patologia, com base na evolução do conhecimento científico, deve ser incrementada pelos profissionais de saúde e organizações de apoio no sentido de promover a cura e alívio efetivo. Paralelamente é preciso despertar as empresas para os efeitos negativos desta patologia, de forma a que sejam incluídas medidas que previnam e promovam condições de trabalho, que contribuam para a qualidade e bem-estar dos colaboradores e, que beneficie com eficácia os objetivos da empresa. No interesse de potenciar a saúde e bem-estar, deveria ser valorizada a aplicabilidade de trabalho presencial e remoto, quando compatíveis com as condições laborais, por forma a atenuar o stress da função, reduzir a rotina de deslocações diárias e/ou flexibilização horária, para evitar a conflitualidade e pressão horária, em particular nos grandes centros, sem redução da produtividade.

CAPÍTULO VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10):1789–1858.
2. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Stovner LJ. Lifting the burden: the first 7 years. *J Headache Pain*. 2010;11(6):451–5.
3. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(1):193–210.
4. Lipton, R.B. Stewart, W.F. Scher AL. Epidemiology and economic impact of migraine. *Curr Med Res Opin*. 2001;17(1):4–12.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Retrato da saúde 2018. Lisboa: Ministério da saúde; 2018.
6. Mennini FS, Gitto L, Martelletti P. Improving care through health economics analyses: cost of illness and headache. *J Headache Pain*. 2008;9(4):199–206.
7. Lanteri-Minet M, et al. Prevalence and description of chronic daily headache in the general population in France. *Pain*. 2003;102(1):143–149.
8. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. *Cephalalgia*. 1999;19(25):20–23.
9. Volcy-Gomez M. The impact of migraine and other primary headaches on the health system and in social and economic terms. *Rev Neurol*. 2006;43(4):228–235.
10. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012;19(1):155–62.
11. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21(10):718–79.
12. Ad Hoc Committee on Classification of Headache. *J Am Med Assoc*. 1982;179(6):717.
13. Silberstein SD, Lipton RB, Dodick DW, editors. *Wolff's headache and other head pain*. Oxford: Oxford University Press; 1980.

14. Dalessio DJ. Recent experimental studies on headache. *Neurology*. 1963;13(1):7–10.
15. Walker AE. Chronic post-traumatic headache. *Headache*. 1965;5(1):47–72.
16. Ostfeld AM, Wolff HG. Investigation, mechanisms and management of the migraine syndrome. *Med Clin North Am*. 1958;42(1):1497–509.
17. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. Classificação internacional de cefaleias. 3ª. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cefaleias; 2014.
18. Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan 25;38(1):1–211.
19. Monteiro J. Cefaleias: estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana [Tese de Doutoramento]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 1995.
20. Ferreira A, Morais J, Souza J, Ferreira C, Machado T, Santos A. Caracterização de indivíduos com cefaleia do tipo tensional e relação com a qualidade de vida, depressão e ansiedade. *Fisioter Reabil*. 2017;1(2):1–9.
21. Gil-Gouveia R. Cefaleias: o que são? [Internet]. Lisboa: Hospital da Luz; 2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/guia-de-saude/dicionario-de-saude/C/231/cefaleias-o-que-sao>
22. CUF. Será enxaqueca ou dor de cabeça? [Internet]. Lisboa: CUF; 2015 [cited 2020 Nov 1]. Available from: <https://www.cuf.pt/mais-saude/sera-enxaqueca-ou-dor-de-cabeca>
23. Ong JJY, De Felice M. Migraine treatment: current acute medications and their potential mechanisms of action. *Neurotherapeutics*. 2018;15(2):274–90.
24. Mendes AP. Enxaqueca: tratamento e prevenção. *Bol do Cent Informação do Medicam*. 2019;7:1–7.
25. Sprenger T, Viana M, Tassorelli C. Current prophylactic medications for migraine and their potential mechanisms of action. *Neurotherapeutics*. 2018;15(2):313–23.
26. European Headache Federation. Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Cefaleias; 2010.
27. MiGRA. Sobre cefaleias: tratamento na Enxaqueca [Internet]. Lisboa: Associação Portuguesa de Doentes com Enxaqueca e Cefaleias; 2020 [cited

- 2020 Nov 18]. Available from: <https://migraportugal.pt/sobre-cefaleias/tratamento-na-enxaqueca/>
28. Blumenfeld A. Botulinum toxin type A treatment of disabling migraine headache: a randomised double-blind, placebo controlled study. *Headache*. 2003;43(6):853–860.
 29. Valdemar L. O uso de toxina botulínica no tratamento da enxaqueca crónica. Lisboa: Grupo HPASaúde; 2020.
 30. Gil-Gouveia R, Parreira E. Utilização de anticorpos monoclonais no tratamento da enxaqueca: a revolução terapêutica há muito esperada? *Sinapse*. 2018;18:1–10.
 31. Bresiau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res*. 1991;37(1):11–23.
 32. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. *Pain*. 1992;50(2):133–49.
 33. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population a prevalence study. *J Clin Epidemiol*. 1991;44(11):1147–57.
 34. Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018;17(11):954–76.
 35. Feigin VL, Krishnamurthi R V., Theadom AM, Abajobir AA, Mishra SR, Ahmed MB, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;16(11):877–97.
 36. Bonafede M, Sapra S, Shah N, Tepper S, Cappell K, Desai P. Direct and indirect healthcare resource utilization and costs among migraine patients in the United States. *Headache*. 2018;58(5):700–14.
 37. Landy SH, Runken MC, Bell CF, Higbie RL, Haskins LS. Assessing the impact of migraine onset on work productivity. *J Occup Environ Med*. 2011;53(1):74–81.
 38. Sanderson JC, Devine EB, Lipton RB, Bloudek LM, Varon SF, Blumenfeld AM, et al. Headache-related health resource utilisation in chronic and episodic

- migraine across six countries. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013;84(12):1309–17.
39. Drummond M. Principles of economic appraisal in health care. Oxford: Oxford University Press; 1980.
 40. Fishman P, Von Korff M, Lozano P, et al. Chronic care costs in managed care. *Health Aff*. 1997;16(3):239–247.
 41. Silberstein SD, Lee L, Gandhi K, Fitzgerald T, Bell J, Cohen JM. Health care resource utilization and migraine disability along the migraine continuum among patients treated for migraine. *Headache*. 2018;58(10):1579–92.
 42. Clouse JC, Osterbaas JT. Healthcare resource use and costs associated with migraine in a managed healthcare setting. *Ann Pharmacother*. 1994;28(5):659–664.
 43. Jackson JL, Kay C, Scholcoff C, Nickoloff S, Fletcher K. Migraine prophylactic management in neurology and primary care (2006–2015). *J Neurol*. 2018;265(12):3019–21.
 44. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, Stewart WF, Berger ML. Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. *J Am Med Assoc*. 1999;159(8):813–818.
 45. Munakata J, Hazard E, Serrano D, Klingman D, Rupnow MFT, Tierce J, et al. Economic burden of transformed migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache*. 2009;49(4):498–508.
 46. Davey PJ, Leeder SR. The cost of migraine: more than just a headache? *Pharmacoeconomics*. 1992;2(1):5–7.
 47. Drummond M. Cost of illness studies: a major headache? *Pharm Econ*. 1992;2(1):1–4.
 48. Strömberg C, Aboagye E, Hagberg J, Bergström G, Lohela-Karlsson M. Estimating the effect and economic impact of absenteeism, presenteeism, and work environment-related problems on reductions in productivity from a managerial perspective. *Value Heal*. 2017;20(8):1058–64.
 49. Stovner LJ, Hagen K. Prevalence, burden, and cost of headache disorders. *Curr Opin Neurol*. 2006;19(2):281–285.
 50. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703–11.

51. Starling. The economic impact of mental illness: absenteeism & presenteeism. Vancouver, BC: Starling Build Resilient Minds; 2020.
52. Pearce A. Productivity losses and how they are calculated: factsheet [Internet]. Sidney, AU: Cancer Research Economics Support Team (CREST). University of Technology Sydney (UTS); 2016 [cited 2020 Oct 12]. Available from: <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2019-04/crest-factsheet-productivity-loss.pdf>
53. The world health report 2001: mental health, new understanding, new hope. World Heal Organ Heal Organ. 2002;
54. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol [Internet]. 2011;21(9):655–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
55. Noben CY, Evers SM, Nijhuis FJ, de Rijk AE. Quality appraisal of generic self-reported instruments measuring health-related productivity changes: a systematic review. BMC Public Health. 2014;14(1):1–14.
56. Lofland JH, Pizzi L, Frick KD. A review of health-related workplace productivity loss instruments. Pharm Econ. 2004;22(2):165–184.
57. Bersin J, Flynn J, Mazor A, Melián V. The rise of the social enterprise: 2018 Deloitte Global Human Capital Trends. London: Deloitte Insights; 2018. 51–61 p.
58. Harwin B. Health and sickness: the choice of treatment: perception of illness and use of services in an urban community: book review. Br J Psychiatry. 1971;123(572):116.
59. Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR. Characteristics of life headache histories in a nonclinic population. Neurology. 1977;27(3):265–9.
60. Sackett DL. Bias in analytic research. J Chronic Dis. 1979;32(1):51–63.
61. Taylor H, Curran NM, Harris L. The Nuprin pain report. Chicago, IL: L. Harris and Associates; 1985.
62. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Questionnaire versus clinical interview in the diagnosis of headache. Headache. 1991;31(2):290–5.
63. Waters WE. Migraine: intelligence, social class, and familial prevalence. Br Med J. 1971;2(1):77–81.
64. EuroLight. Stress management strategies: ways to unwind [Internet]. Geneva:

- EuroLight Online; [cited 2020 Jul 4]. Available from: www.eurolight-online.eu
65. Steiner TJ, Stovner LJ, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, Lantéri-Minet M, et al. The impact of headache in Europe: principal results of the EuroLight project. *J Headache Pain*. 2014;15(1):1–11.
 66. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11(4):289–99.
 67. Andrée C, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, Lampl C, et al. Headache yesterday in Europe. *J Headache Pain*. 2014;15(1):1–8.
 68. Vo P, Fang J, Bilitou A, Laflamme AK, Gupta S. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Headache Pain*. 2018;19(1):82.
 69. Andrée C, Vaillant M, Barre J, Katsarava Z, Lainez JM, Lair ML, et al. Development and validation of the EuroLight questionnaire to evaluate the burden of primary headache disorders in Europe. *Cephalalgia*. 2010;30(9):1082–100.
 70. Andrée C, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, et al. The EuroLight project: the impact of primary headache disorders in Europe: description of methods. *J Headache Pain*. 2011;12(5):541–9.
 71. Payne KA, Varon SF, Kawata AK, Yeomans K, Wilcox TK, Manack A, et al. The International Burden of Migraine Study (IBMS): Study design, methodology, and baseline cohort characteristics. *Cephalalgia*. 2011;31(10):1116–30.
 72. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6):20–8.
 73. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality-of-life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache*. 2001;41(4):573–578.
 74. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain*. 2012;13(5):361–78.
 75. World Health Organization. The international classification of functioning,

- disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.
76. Raggi A, Covelli V, Guastafierro E, Leonardi M, Scaratti C, Grazzi L, et al. Validation of a self-reported instrument to assess work-related difficulties in patients with migraine: the HEADWORK questionnaire. *J Headache Pain*. 2018 Dec 10;19(1):85.
 77. Gil-Gouveia R. Headache at work, yesterday: results of the pilot study [Internet]. Lisboa: Hospital da Luz; 2018 [cited 2020 Oct 13]. Available from: https://ihs-headache.org/wp-content/uploads/2020/06/3761_headache-yesterday-ihc-dublin-2019-min.pdf
 78. Gil-Gouveia R, Martins I. Validation of the Portuguese Version of ID-MigraineTM. *Headache*. 2010;50(3):396-402.
 79. Bayliss M, Bjorner JB, Ware JE, Ware J, Cady R, Biopharmaceuticals A. A six-item short-form survey for measuring headache impact : the HIT-6 TM. *Qual Life*. 2003;12(6):963–974.
 80. Steiner TJ, Rao GN, Kulkarni GB, Gururaj G, Stovner LJ. Headache yesterday in Karnataka state, India: prevalence, impact and cost. *J Headache Pain*. 2016 Dec 25;17(1):74.
 81. Andree C, Vaillant M, Rott C, Katsarava Z, Landor PS. Development of a self-reporting questionnaire, BURMIG, to evaluate the burden of migraine. *J Headache Pain*. 2008;9(3):309–315.
 82. Steiner TJ, Lipton RB. The Headache-Attributed Lost Time (HALT) Indices: measures of burden for clinical management and population-based research. *J Headache Pain*. 2018;19(1):1–10.
 83. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
 84. Pordata. População activa: total e por sexo [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020 [cited 2020 Nov 18]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/População+activa+total+e+por+sexo-28>
 85. Pordata. População empregada: total e por situação na profissão principal (%) [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2020 [cited 2020 Nov 18]. Available from: [https://www.pordata.pt/Portugal/População+empregada+total+e+por+situação+na+profissão+principal+\(percentagem\)-2576](https://www.pordata.pt/Portugal/População+empregada+total+e+por+situação+na+profissão+principal+(percentagem)-2576)

CAPÍTULO VIII – ANEXOS

Anexo I: Modelo da carta enviada às Empresas para explicação do projeto



Lisboa, XX de XXX de 20XX

Exmo(a). Sr(a).

Formamos um grupo de investigação composto por Raquel Miranda, mestranda de Saúde Pública, Dra. Raquel Gil Gouveia, Médica Especialista em Neurologia e Dr. Jorge Barroso Dias, Médico Especialista em Saúde Ocupacional, desenvolvendo um projeto no âmbito da *Hospital da Luz Learning Health*.

Este projeto, numa primeira fase, visa caracterizar a prevalência e o impacto económico e pessoal de algumas doenças comuns em ambiente laboral, em particular as cefaleias e a enxaqueca, dado que se trata da segunda doença que condiciona maior número de anos vividos com incapacidade, segundo a OMS, e que por afetar os indivíduos sobretudo na fase de maior atividade laboral, se pensa ter um impacto muito significativo em termos de produtividade.

A sua empresa é uma de 15 grandes empresas nacionais que selecionamos para participar neste estudo - o primeiro do género em Portugal - que se baseia na disponibilização de um inquérito online através de um link na intranet da empresa ou de um mailing institucional, durante um período de 8 a 10 dias. Neste inquérito, que não solicita qualquer dado sensível ou pessoal, são solicitadas informações sobre a ocorrência de enxaquecas e outras cefaleias, assim como o seu impacto pessoal e laboral. A disponibilização do link, caso concordem em participar, será efetuada pela vossa empresa internamente, não havendo nenhum acesso dos investigadores aos vossos servidores ou a informação de endereços de emails ou qualquer outro tipo de forma de contacto direto entre os investigadores e os funcionários que decidam participar. A disponibilização deste inquérito aos funcionários da sua empresa será idealmente precedida por um anúncio do estudo (disponível abaixo), que consiste num convite à participação de todos os funcionários, mesmo os que não sofrem de dores de cabeça, e onde é explicado o objetivo do mesmo.

Além dos dados fornecidos pelos funcionários através do preenchimento do inquérito, necessitamos também que a sua empresa nos forneça algumas informações, de



forma a ser possível efetuar uma estimativa de participação e do custo associado à incapacidade provocada pelas enxaquecas e dores de cabeça, em ambiente laboral. São as seguintes as informações que necessitamos sobre a empresa: número total de funcionários, número de funcionários com acesso à intranet ou email (ou seja, expostos ao anúncio e com possibilidade de responder ao inquérito), e desse grupo de indivíduos: idade média, distribuição por género e remuneração média por hora.

Os dados recolhidos são confidenciais e são guardados em servidor seguro, não sendo possível a identificação de qualquer participante. Os dados recolhidos no inquérito serão tratados em grupo, e não de forma individual, sendo que a empresa empregadora não terá acesso aos dados em bruto. O inquérito e protocolo do estudo foram aprovados pela comissão de investigação, comissão de ética e *data protection officer* da Luz-Saúde, cumprindo todos os requisitos éticos e legais em vigor.

Agradecemos desde já a vossa disponibilidade e colocamo-nos ao vosso dispor para qualquer esclarecimento adicional que considerem relevante; aguardamos com expectativa a possibilidade de colaboração efetiva neste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Miranda

Dra. Raquel Gil Gouveia, MD, PhD

Dr. Jorge Barroso Dias, MD

Anexo II: Modelo da carta enviada aos colaboradores, após aceitação da empresa, para explicação do projeto



ANÚNCIO DO ESTUDO A DISPONIBILIZAR AOS COLABORADORES PELAS EMPRESAS:

Caro colaborador,

O(A) XXX está a colaborar com uma equipa de investigadores da *Hospital da Luz Learning Health* num estudo nacional com o exclusivo objetivo de caracterizar a prevalência e o impacto económico e pessoal de algumas doenças comuns, em ambiente laboral.

Neste contexto, é-vos solicitada a vossa preciosa colaboração, através do preenchimento on-line de um questionário. Este questionário não solicita nem remete para qualquer tipo de elemento identificativo, apenas dados demográficos inespecíficos (sexo e idade). Nenhum dado recolhido será fornecido à sua entidade patronal, nem utilizado no contexto laboral nem em nenhum aspeto relacionado com o seu emprego ou empresa.

O questionário demora cerca de 5 minutos a preencher. Estará disponível apenas durante 8 dias a partir de hoje, e enviaremos um lembrete nas últimas 24 horas antes do seu término.

Necessitamos da vossa ajuda para obter dados portugueses sobre alguns dos mais frequentes problemas de saúde que afetam os colaboradores das nossas empresas e, com essa informação, poder delinear estratégias para minimizar o seu impacto.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração!

Os investigadores,

Raquel Miranda

Raquel Gil Gouveia

Jorge Barroso Dias

Glmed Learning Health, SA
Rua Carlos Alberto da Mota Pinto, 17 - 9º - 1070-313 Lisboa - Portugal
T: +351 351 213 138 260 - F: +351 213 530 292 - E: learninghealth@luzsaude.pt
Capital Social: 50.000€ - Registo da C.R.C. de Lisboa e Contribuinte n.º 513 620 04

LUZ SAÚDE

Anexo III: Questionário aplicado à População Ativa

<https://pt.surveymonkey.com/r/headacheyesterday>

Início

Caro Colaborador,

O seguinte inquérito é promovido por um grupo de investigação da *Learning Health - Luz Saúde* com o exclusivo objetivo de caracterizar a prevalência e o impacto económico e pessoal de algumas doenças em ambiente laboral, em particular as cefaleias ou seja, as dores de cabeça. Agradecemos a sua participação mesmo que nunca tenha sofrido de dores de cabeça, por forma a ser possível obter dados fiáveis sobre a prevalência desta patologia.

O inquérito não solicita qualquer elemento identificativo, apenas dados demográficos gerais, tais como género e idade. Nenhum dado recolhido será fornecido à sua entidade patronal, nem utilizado no contexto laboral nem em nenhum aspeto relacionado com o seu emprego ou empresa.

O questionário demora cerca de 5 minutos a preencher. Estará disponível apenas durante 8 dias a partir de hoje.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração!

Questões Demográficas (Pág. 1)

1. Data da participação:

2. Género

- 1) Masculino
- 2) Feminino

3. Idade:

4. Empresa:

Questões de Triagem (Pág. 2)

5. Em alguma fase da sua vida teve dores de cabeça?

- 1) Sim
- 1) Não **(Passa para QUESTIONÁRIO ALTERNATIVO)**

6. No último ano, teve alguma dor de cabeça?

- 2) Sim
- 3) Não **(Passa para QUESTIONÁRIO ALTERNATIVO)**

7. (ID-MIGRAINE) Nos últimos 3 meses, manifestou-se algum dos seguintes sintomas durante as suas dores de cabeça:

7.1. Nauseado ou maldisposto?

- 1) Sim
- 2) Não

7.2. Incómodo exagerado da luz?

- 1) Sim
- 2) Não

7.3. Limitação da capacidade de trabalhar, estudar ou realizar tarefas habituais durante, pelo menos, um dia?

- 1) Sim
- 2) Não

8. Costuma tomar algum medicamento para alívio da dor de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

9. Considere os últimos 30 dias:

9.1. Quantos dias, seguidos ou intervalados, teve dor de cabeça no total?

9.2. Das dores de cabeça que teve nos últimos 30 dias, em quantos dias tomou medicação para alívio da mesma?

9.3. Quanto tempo duram, habitualmente, as suas dores de cabeça (considere a realidade independentemente de ter tomado ou não medicação):

- 1) < 2 horas
- 2) Uma manhã ou uma tarde
- 3) Um dia útil de trabalho/estudo
- 4) Um dia completo, passando para o dia seguinte

9.4. Como classifica a intensidade habitual das suas dores de cabeça numa escala de 0 a 10 (considerando 0 a ausência de dor e 10 a intensidade máxima tolerada):

9.5. Considera que, desde o início da pandemia de COVID19, as suas dores de cabeça:

- 1) Melhoraram (estão menos frequentes e/ou intensas)
- 2) Pioraram (estão mais frequentes e/ou intensas)
- 3) Estão globalmente na mesma

9.6. Desde a o início da pandemia os seus horários/ regime de trabalho sofreram alguma alteração?

- 1) Não (passa a 9)
- 2) Sim, marque todas as alterações que se verificaram (pode ser mais que uma opção):
 - a) Passei totalmente a teletrabalho
 - b) Tenho períodos de teletrabalho e períodos de trabalho presencial
 - c) Estive sempre em trabalho presencial
 - d) Fiquei sem trabalhar temporariamente
 - e) Tenho tido mais trabalho que o habitual
 - f) Tenho tido menos trabalho que o habitual
 - g) Tenho tido o mesmo nível de trabalho
 - h) Outro:

9.7. Considera que as alterações do seu horário/ regime de trabalho:

- 1) Influenciaram as suas dores de cabeça
- 2) Não influenciaram as suas dores de cabeça
- 3) Desconhece/ Não consegue avaliar

10. (HIT-6) Quando tem dor de cabeça:

10.1. Com que frequência a dor se manifesta forte?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

10.2. Com que frequência é limitada a sua capacidade de realizar atividades diárias habituais, tais como cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

10.3. Com que frequência gostaria de se poder deitar para descansar?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

10.4. Com que frequência, nos últimos 30 dias, se sentiu cansado(a) demais para realizar atividades diárias habituais (cuidar da casa, trabalho, estudos ou atividades sociais)?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

10.5. Com que frequência, nos últimos 30 dias, se sentiu irritado(a) por não aguentar mais a dor de cabeça?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

10.6. Com que frequência, nos últimos 30 dias, não se conseguiu concentrar no seu trabalho ou atividades diárias?

- 1) Nunca
- 2) Raramente
- 3) Às vezes
- 4) Muitas vezes
- 5) Sempre

11. Alguma vez, antes ou durante as suas dores de cabeça sentiu dificuldades visuais, tais como deixar de ver, ver brilhos ou luzes, imagens parcialmente desfocadas ou distorcidas?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para a 12**)

11.1. Com que frequência:

- 1) Raramente (< 1 vez por ano)
- 2) Frequentemente (> 1 vez por ano)
- 3) Sempre

Questões sobre o Dia de Ontem (Pág. 3)

12. O Dia de Ontem seria um dia útil normal de trabalho?

- 1) Sim, foi um dia de trabalho no local de trabalho
- 2) Sim, foi um dia de trabalho em teletrabalho
- 3) Não, foi um dia de fim-de-semana ou folga equivalente ou férias

13. Teve dor de cabeça ontem?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para 21**)

14. A dor de cabeça, no total, durou quanto tempo?

- 1) < 2 horas
- 2) 2 a 6 horas
- 3) 6 a 12 horas
- 4) 12 a 24 horas
- 5) 24 horas

15. Como classifica a intensidade da sua dor de cabeça numa escala de 0 a 10 (considerando 0 a ausência de dor e 10 a intensidade máxima tolerada):

16. Tomou algum medicamento para controlar a dor de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para a 17**)

16.1. QUAL? Por favor especifique _____

17. Ontem teve que faltar ao trabalho devido às suas dores de cabeça, mesmo que parcialmente?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para 18**)

17.1. Quanto tempo, em horas? _____

18. Considerando tudo (trabalho e outras actividades) aquilo que poderia ter feito ontem se não tivesse tido uma dor de cabeça, quanto é que conseguiu fazer do planeado?

- 1) Nada
- 2) Menos de metade do que tinha planeado
- 3) Mais de metade do que tinha planeado
- 4) Tudo (**Passa para a 21**)

19. Que tipo de actividades foram prejudicadas (Assinale todas as que considera):

- 1) Trabalho
- 2) Actividades Sociais
- 3) Actividades Familiares
- 4) Tarefas Domésticas

20. Considera que seja possível compensar as actividades perdidas durante o dia de hoje ou noutra altura?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para a 21**)

20.1. Quais (Assinale todas as que considera)?

- 1) Trabalho
- 2) Actividades Sociais
- 3) Actividades Familiares
- 4) Tarefas Domésticas

Questões Gerais de Impacto (Pág. 4)

21. Considera que o facto de sofrer de dores de cabeça prejudicou o seu percurso académico e/ou laboral?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para a 22**)

21.1. Em que aspetos considera que as suas dores de cabeça o prejudicaram (Assinale todas as que considera)?

- 1) Resultados Escolares/Académicos
- 2) Decisão do percurso Escolar/Académico
- 3) Escolha de carreira
- 4) Progressão de carreira
- 5) Rendimento laboral mensal
- 6) Decisão de se retirar temporariamente ou reformar
- 7) Relação com os colegas/superiores no local de trabalho
- 8) Outras

22. Considera que o facto de sofrer de dores de cabeça prejudicou a sua vida social, íntima e/ou familiar?

- 1) Sim
- 2) Não (**Passa para a 23**)

22.1. Em que aspetos (Assinale todas as que considera)?

- 1) Relação com amigos/familiares
- 2) Relação com o parceiro
- 3) Capacidade de estabelecer relações
- 4) Planeamento familiar
- 5) Planeamento das férias e/ou atividades de lazer
- 6) Planeamento de atividades sociais
- 7) Escolha do sistema de saúde
- 8) Outras

23. No último ano foi ao médico devido às suas dores de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

24. No último ano foi às urgências hospitalares ou a uma consulta de urgência devido a uma crise de dor de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

25. No último ano realizou algum exame complementar de diagnóstico (TAC ou Ressonância magnética) devido às suas dores de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

26. Evita dizer a colegas/familiares/amigos que sofre de dores de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

27. Evita partilhar com colegas/familiares/amigos quando está a sofrer de uma crise de dores de cabeça?

- 1) Sim
- 2) Não

28. Considera que controla as suas dores de cabeça?

- 1) Sempre
- 2) Frequentemente
- 3) Por vezes
- 4) Raramente
- 5) Nunca

Fim

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

A sua participação é muito importante para nos ajudar a melhorar a qualidade de vida de pessoas que sofrem com dores de cabeça.

QUESTIONARIO ALTERNATIVO

1B. O Dia de Ontem seria um dia útil normal de trabalho?

- a. Sim, foi um dia de trabalho no local de trabalho
- b. Sim, foi um dia de trabalho em teletrabalho
- c. Não, foi um dia de fim-de-semana ou folga equivalente ou férias
(Passa para 6B)

2B. Ontem teve que faltar ao trabalho, mesmo que parcialmente?

- 1) Sim
- 2) Não (PASSA PARA 6B)

2B.1. Quanto tempo, em horas?

2B.2. Por que motivo?

2B.3.1 De Saúde (PASSA PARA 2B.3.)

2B.3.2 Resolver problema pessoal/ familiar (PASSA PARA 6B)

2B.3.3 Outro (especificar) (PASSA PARA 6B)

2B.3. Que motivo de saúde ?

- 1) Diarreia
- 2) Vômitos
- 3) Tonturas
- 4) Gripe
- 5) Infecção COVID-19
- 6) Dor (especificar LOCAL da dor)_____
- 7) Outro (especificar) _____

3B. Considerando tudo aquilo que poderia ter feito ontem se não tivesse tido o seu problema de saúde, quanto é que conseguiu fazer do planeado?

- 1) Nada
- 2) Menos de metade do que tinha planeado
- 3) Mais de metade do que tinha planeado

4) Tudo (PASSA PARA 6B)

4B. Que tipo de atividades foram prejudicadas ontem devido ao seu problema de saúde ? (Assinale todas as que considera):

- 1) Trabalho
- 2) Atividades Sociais
- 3) Atividades Familiares
- 4) Tarefas Domésticas

5B. Considera que seja possível compensar as atividades perdidas durante o dia de hoje ou noutra altura?

- 1) Sim
- 2) Não (Passa para 6B)

5B.1 Quais (Assinale todas as que considera)?

- 1) Trabalho
- 2) Atividades Sociais
- 3) Atividades Familiares
- 4) Tarefas Domésticas

6B Desde o início da pandemia Covid-19, que se desenvolveu ou intensificou algum problema de saúde?

- 1) Sim
- 2) Não (FIM)

Fim

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração!

A sua participação é muito importante para nos ajudar a melhorar a qualidade de vida de pessoas que sofrem com dores de cabeça.